

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Mulher para a detecção precoce do Câncer de colo de útero e de mama na UBS /ESF Lélío Silva,  
Macapá/AP.**

Eloy Torres Ripoll

**Pelotas, 2015**

Eloy Torres Ripoll

**Melhoria da atenção á saúde da mulher para Detecção precoce do Câncer de  
Colo de Útero e do Câncer de Mama na UBS /ESF Lélío Silva,  
Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Linda Cristina Sangoi Haas

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

R592m Ripoll, Eloy Torres

Melhoria da Atenção à Saúde da Mulher Para Detecção Precoce do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama na UBS/ESF Lélío Silva, Macapá/AP / Eloy Torres Ripoll; Linda Cristina Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Mulher 4.Neoplasias do colo do útero 5.Neoplasias da Mama I. Haas, Linda Cristina Sangoi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o presente trabalho a minha mãe, mulher nobre e dedicada por completo a nossa família.

A meu pai que embora não esta entre nós (in *memoriam*), mas viverá eternamente, sempre ensinaram os fiéis conceitos de entrega e aperfeiçoamento profissional.

As minhas filhas Gabriela e Lorena, que independentemente de estar longe, moram no meu coração e oferece a energia, o entusiasmo para continuar na luta pela vida e superar os obstáculos que aparecem em nosso dia a dia.

A minha namorada, mulher brasileira, bela, com virtudes que conformam caracteriza sua personalidade: com bons sentimentos, de profundos conceitos e conhecimentos ilimitados. Juntos, conquistaremos o maior elo da humanidade; o verdadeiro amor.

A minha professora e orientadora Linda Cristina Sangoi, e a todas as pessoas que me apoiaram durante todo esse tempo e que ajudaram de uma maneira ou outra para facilitar minha atuação e os ganhos obtidos em nosso trabalho contínuo.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas, para não citar nomes específicos, que com seu apoio, tenacidade e entrega, fizeram possível a realização desta intervenção.

A meus pais e filhos, que são minha essência, que graças a eles alcancei o que sou hoje, são para mim o combustível para poder enfrentar e obter bons resultados em objetivos propostos e desafios de grande envergadura.

A minha orientadora e professora Linda Cristina Sangoi Haas, que durante esse tempo, semana a semana, mês a mês, juntos chegamos ao final da intervenção e que gostaria continuáramos para sempre, considero- a uma pessoa extraordinária, que deu sabedoria, luz e guiou nossas mentes durante as diferentes etapas atravessadas no curso, sempre motivando, incorporando ideias novas, somando argumentos para nutrir nosso andar e conduzir-nos até terra firme nesse importante trabalho.

Ao pessoal da direção do centro, aos profissionais das outras equipes, a nossa equipe de trabalho que juntos conseguimos ter ganhos e resultados durante o trabalho.

## Resumo

RIPOLL, Eloy Torres. **Melhoria da atenção á saúde da mulher para Detecção precoce do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama na UBS /ESF Lélío Silva, Macapá/AP.** 2015. 84 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento. O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras, que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer. O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau [exame citopatológico (CP) do colo do útero]. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. O câncer de mama é um tumor maligno que se desenvolve na mama como consequência de alterações genéticas em algum conjunto de células da mama, que passam a se dividir descontroladamente. Ocorre o crescimento anormal das células mamárias, tanto do ducto mamário quanto dos glóbulos mamários. O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, sendo 1,38 milhões de novos casos e 458 mil mortes pela doença por ano, de acordo com a OMS. No Brasil, o Ministério da Saúde estima 52.680 casos novos em um ano, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Mastologia, cerca de uma a cada 12 mulheres terão um tumor nas mamas até os 90 anos de idade. Neste trabalho é tratado da intervenção realizada através de planejamento de ações programadas de atendimentos às mulheres na faixa etária de risco para os cânceres do colo do útero (25 a 64 anos) e de mama (50 a 69 anos) na área adstrita da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Lélío Silva, Macapá/Amapá, com o objetivo de melhorar a saúde da mulher para a detecção precoce de Câncer de colo de Útero e de mama. Concretizando a classificação de dados e avaliação ou interpretação estatística dos mesmos, registrando nos prontuários as ações desenvolvidas bem como os resultados da mamografia e do preventivo do câncer do colo do útero (PCCU), procurando a melhoria dos atendimentos à detecção precoce dos cânceres do colo do útero e mama. Na UBS, os integrantes das duas equipes de saúde da família, concretizaram ações para a assistência na população alvo de acordo com os quatro eixos preconizados para a intervenção: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS) 2013. A população total da área adstrita é de 4887 habitantes; com uma população alvo estimada para câncer de colo de útero de 1270 mulheres e de 406 para câncer de mama. No início da intervenção apresentamos muitos problemas para obter os dados. Durante a intervenção foram avaliadas 539 (42,4 %) mulheres na faixa etária de 25-64 e 127 (31,3 %) das

mulheres entre 50-69 anos. Realizado orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama a 100% das mulheres cadastradas.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; programas de rastreamento; neoplasias do colo do útero; neoplasias da mama.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotos da participação e orientação com os profissionais na sala de triagem	45
Figura 2	Foto de diferentes tipos de atendimentos tanto em consultas como na comunidade	45
Figura 3	Foto de capacitação das consultas e orientações para preenchimento dos instrumentos	45
Figura 4	Foto da participação em ações de saúde e contato com outros profissionais	46
Figura 5	Foto do preenchimento dos instrumentos de trabalho para posterior digitação e confecção da ficha de coleta de dados	46
Figura 6	Foto de visita domiciliar e captação das mulheres em faixa etárias de risco	46
Figura 7	Proporção de cobertura de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero	48
Figura 8	Proporção de Cobertura de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama	49
Figura 9	Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo	50
Figura 10	Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para retirar exames	51
Figura 11	Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para retirar exames	52
Figura 12	Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e realizada busca ativa	54
Figura 13	Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi realizada busca ativa	53
Figura 14	Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo	54
Figura 15	Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia	54
Figura 16	Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de	55



sinais de alerta para câncer de colo de útero

Figura 17	Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero	56
Figura 18	Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de mama	57

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.**

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
CAPS	Centro de Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de especialização odontológica
CP	Citopatológico
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença de transmissão sexual
EMAD	Equipe multiprofissionais de atenção domiciliar
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HPV	Vírus Papiloma Humano
HSA	Hipertensão arterial sistêmica
MS	Ministério da Saúde
MSF	Modelo de saúde da família
NASF	Núcleo de Assistência Saúde Familiar
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo do Útero
SAME	Sala de serviços de arquivos médicos e estadísticos
SIAB	Sistema de informação da atenção básica
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	11
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	24
2.2.1 Objetivo geral .....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3 Logística.....	37
3 Relatório da Intervenção .....	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	47
4 Avaliação da intervenção .....	51
4.1 Resultados .....	51
4.2 Discussão .....	62
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	65
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	70
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	73
Referências .....	76

Apêndices.....79

Anexos .....81

## **Apresentação**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado com o propósito de obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas, é o resultado de atividades e planejamentos desenvolvidas durante 16 semanas de intervenção.

No primeiro capítulo é apresentada a análise situacional da Unidade de Saúde Dr. Lélío Silva, Macapá/ Amapá. No segundo capítulo, a análise estratégica está apresentada pelo projeto para a intervenção com foco em prevenção de Câncer de mama e colo de útero, constituído com justificativa, objetivos, metas, metodologia, indicadores, logística e cronograma. No terceiro capítulo temos o relatório da intervenção descrevendo as ações realizadas, as ações não realizadas, as dificuldades enfrentadas e a incorporação das mesmas na rotina do serviço. No quarto capítulo apresentamos os resultados, a discussão da intervenção, os relatórios da intervenção para a comunidade e para os gestores esclarecendo os resultados alcançados e buscando apoio para a continuidade.

No quinto capítulo é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Eu me chamo Eloy Torres Ripoll, trabalho na cidade de Macapá, estado no Amapá (AP), na UBS Lélío Silva, a mesma esta integrada por duas equipes de saúde integrada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) e básica, nossa equipe está. Temos em nossa UBS uma equipe de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). Os serviços oferecidos são de consultas de urgências e emergências, farmácia, laboratório, vacinação, de ecografias ginecológicas, PCCU, palestras para grávidas, consultas de nutrição, consultas de Pediatria, ginecologia, medicina da família e comunitária. Trabalhamos para as comunidades Buritizal, Conjunto Hospital de base e uma área descoberta, até agora estou realizando visitas domiciliares (VD) e consultas médicas, isto tem sido de muito beneficio para nosso trabalho em conjunto. Estou consultando as grávidas, crianças de menos de um ano e de outras idades, atendimentos para pacientes com diabetes (DM), com hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesos, hipotireoidismo, hipertireoidismo, fumantes, dependentes de álcool, visitei usuários que tem muitas patologias de origem congênito e adquiridas. Tenho bom relacionamento com nossos usuários e demais trabalhadores de nessa UBS. Tentamos trabalhar em União para alcançar os objetivos propostos de melhorar os indicadores de saúde, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças para evitar complicações e de esta forma conseguir uma maior contribuição ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Estou muito comprometido com meus pacientes e à Comunidade em geral, porque eles estão muito felizes com o trabalho que estou fazendo já que é muito importante ter uma percepção de os riscos que apresentam nossas comunidades. Nós chegamos para contribuir e a melhorar a saúde d a população e

de tudo este país, para ajudar o povo brasileiro e conhecer melhor o comportamento de diferentes doenças que por sua repercussão constituem verdadeiros problemas de saúde.

Eu acredito que o mais importante em nosso trabalho é a prevenção e o trabalho com enfoque de risco, conhecemos a importância disto no processo saúde-doença, além disso, vemos ao indivíduo imerso na família, sendo aqui o ponto onde direcionaremos nossas ações de saúde mais importantes, enfatizando, não só no biológico, também no psíquico e social, fazendo uma avaliação íntegra do processo saúde-doença.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Nossa UBS chama-se Lélío Silva na cidade de Macapá/AP. Com uma população de 437000 habitantes com 23 UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), com oito Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psico social (CAPS), uma UBS que presta atenção especializada, quatro UBS com serviços de laboratório: Congos, Lélío Silva, Álvaro Correia, Pedro Barros. Destas 20 UBS são urbanas e três são rurais, também temos cinco módulos de saúde da família (MSF), 68 ESF são urbanos e 14 ESF são rurais, quatro EMAD e 13 centros hospitalares. Não contamos com disponibilidade do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Somos uma UBS mista, com duas ESF, garantimos assistência médica para os Bairros Buritizal, Buritizal Novo, Conjunto Hospital De base que pertencem a uma área urbana de nossa cidade, atendemos 100% da população SUS dependente.

Nossa UBS foi construída há anos e nota-se que sua estrutura esta deteriorada, as condições de trabalho não são adequadas, com climatização e iluminação deficiente, não cumpre com os requisitos relatados no manual de estruturas do MS, as dimensões não são uniformes e existem barreiras arquitetônicas. É notável que em muitas ocasiões, temos problemas com o cumprimento de regras de higiene, além disso, os banheiros são defeituosos e insuficientes, não tem adequada coleta de lixo. Nos corredores faltam corrimãos, ficam cadeiras que dificultam o trânsito livre de usuários e demais trabalhadores, a

sala de espera não tem capacidade suficiente para a clientela e não cumpre com as dimensões citada pelo manual. A UBS não tem uma boa drenagem em sua estrutura que permita a rápida circulação de água em caso de muitas chuvas como é recorrente em nossa cidade.

Estruturalmente tem uma sala de espera, neste corredor direito, ficam quatro locais: o primeiro local funciona como uma sala de triagem, na continuação três consultórios, uma sala de serviço de arquivo médico e estatístico (SAME), temos sala de vacinação, um laboratório, uma farmácia e uma sala de pré-natal, sala de ultrassonografia e consultório odontológico sem apresentar uniformidade, nem dimensões conforme o manual. Não temos espaço para almoxarifado, não temos escovódromo, as dimensões dos consultórios são irregulares, não temos uma rampa que concorde com o numero de usuários que frequenta nossa UBS, não temos banheiro com especificidade para usuários vivendo com deficiências físicas.

Em nossa UBS temos uma problemática muito importante que penso que constituem a principal limitação, temos uma área de abrangência muito grande descoberta, deixando de ser identificados por razões lógicas muitos problemas de saúde, além de não incidir diretamente em fatores de riscos que são modificáveis, temos uma população muito distante da UBS. Não temos transporte para facilitar e atender uma quantidade maior dos casos avaliados. Enfrentamos uma realidade que mostra uma série de dificuldades que bloqueiam nosso trabalho e desempenho como profissionais da saúde, exemplo: medicamentos da farmácia básica insuficiente, tendo que ser adquiridos pelos nossos usuários em farmácia comerciais. Mas com nosso esforço e dedicação, acolhimento humanizado, minimizaremos uma série de atenuantes. Trabalhamos 40 horas semanais, realizamos VD com uma frequência alta durante a semana, tratando usuários acamados, cadeirantes que não podem ser mobilizados, transportados para nossa UBS. Em respeito ao laboratório posso dizer que não fazem todos os exames necessários, por exemplo, não fazem prova de tolerância à glicose, para o adequado diagnóstico de diabetes.

O relacionamento entre os integrantes de nossa equipe e nossa UBS é ótimo, trabalhamos em conjunto e com uma visão íntegra de nossos usuários. Em meu caso particular, a cada quinze dias, estou inserido prestando serviço com outra



equipe EMAD para avaliar usuários acamados que precisam de atenção domiciliar e não contam com profissionais médicos.

A composição das equipes é semelhante: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis ACS. Nas equipes trabalham um psicólogo, duas nutricionistas, dois fisioterapeutas. Na UBS temos ginecologistas, pediatras, clínicos que fazem ações de saúde em nossa UBS.

Nossa equipe de trabalho também está integrado por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, sete ACS e agora um odontologista. Compartilhamos com outras UBS nutricionista e psicólogo.

Em relação à população da área adstrita da UBS, contamos com 4.877 habitantes, apresentamos muitas dificuldades com a inexistência de dados estatísticos, que tem muita importância. Exemplificando, não há controle dos dados em relação ao cuidado da saúde das mulheres, como câncer do colo do útero, câncer de mama, número de puérperas. Não são informados nos relatórios mensais na UBS. Sendo esta uma das maiores dificuldades existente para interpretar as situações estatísticas e poder incidir e trabalhar em nossa área com outra visão e um maior conhecimento da nossa realidade.

A atenção básica constitui uma linha fundamental de trabalho para o SUS, nosso Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), vem desempenhando um papel importantíssimo na prevenção, promoção e na melhoria da saúde oferecendo um acolhimento adequado para as necessidades de saúde, facilitando o bom funcionamento na atenção básica. Entre nossos desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso, demanda espontânea, acolhimento, a efetividade, resolutividade de nossas práticas e atuações médicas, facilitando essa resolutividade a capacitação e comprometimento de todos os profissionais. Nossa UBS/ESF na atenção básica tem que estar acessível para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, de cada usuário que assistimos, seja em nossa UBS, nas casas, nas VD, buscando agendar os atendimentos e aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, melhorar as condições de vida e diminuir os riscos já existentes. Temos uma visão integral das pessoas nas comunidades, promovemos ações de saúde, sobre eliminação do lixo acumulado inapropriadamente, realizamos as notificações de situação de saúde, promovemos

uma saúde coletiva, melhoramos e mudamos os estilos de vida. Ao trabalharmos em conjunto com o CAPS e NASF, trabalhamos multidisciplinarmente e intersetorialmente, realizamos trabalho em grupo (gestantes, adolescentes, idosos, crônicos). Temos que oferecer escuta qualificada, respeitando a dor do ser humano e a sensibilidade que deve caracterizar aos profissionais de nosso setor.

Em relação à saúde da criança as faixas etárias não são levadas com rigorosidade, não temos dados precisos, as ações de atenção à saúde da criança que são realizadas diariamente são fundamentalmente nas consultas de puericultura, as captações de recém-nascidos (RN), as consultas de pediatria, as VD, de acordo com os protocolos de atuação do MS, de forma programática. É significativo que temos uma área grande descoberta, temos estimado menores de 12 meses: 48 crianças, de 12 a 24 meses: 48 crianças, de 25 a 72 meses: 146 crianças, totalizando 243 crianças. Acompanhamos 75 crianças para uma cobertura de atenção de 74%, encerramos o compromisso de melhorar significativamente essa situação e elevar a qualidade de nosso atendimento.

Assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é compromisso fundamental do MS em qualquer país do mundo. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelece os princípios da atenção que deve ser prestada e estabelece que estados, municípios e serviços de saúde cumpram seu papel, propiciando para cada mulher o direito de cidadania mais elementar: dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade. Em relação ao pré-natal contamos com uma estimativa de 49 gestantes para nossa população geral, contamos com uma cobertura de 26 gestantes (53%) em nosso atendimento de pré-natal. O enfermeiro e o médico realizam as consultas de captação e seguimento, desde o ingresso e encaminhamos tanto para ginecologista como para outra especialidade, sempre que necessário. Utilizamos os protocolos de atuação do MS, indicados e avaliados os exames. Orientamos as grávidas e seus familiares na evolução da gravidez. Relembrando que as áreas descobertas não permitem cadastrar e fazer seguimento gestacional ideal para o controle dos riscos, promovendo uma maior compensação para enfrentar o momento do parto.

O pré-natal e puerpério da nossa população adstrita é de qualidade, definem a qualidade da atenção médica e comportamental da mortalidade materna e infantil,

incidindo na melhoria dos indicadores de saúde. Em nossa UBS a principal dificuldade no pré-natal é que nossas gestantes não compreendem, em sua grande maioria, da importância do seguimento, que o resultado desta ação promove a saúde das mesmas, da criança e de sua família. Além disso, ignoram a importância na vacinação, realização do PCCU, não compreende que tem que ser avaliadas por uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é a melhor atenção pré-natal, pós-natal e puerperal além de cuidados perinatal e neonatal. Muitas grávidas são captadas no segundo e ou terceiro trimestre gestacional. Em nossa ESF organizamos para a captação das gestantes pela equipe de enfermagem e ACS, o atendimento é espontâneo em consultas de outras áreas de saúde, na primeira consulta é solicitado os exames laboratoriais para elas e de seus companheiros. O seguimento é realizado de acordo com o cronograma do protocolo do MS, alternado pelos profissionais enfermeiro e médico. As puérperas e as crianças são captadas e seguidas nos primeiros sete dias, fazemos o seguimento das crianças por um ano. As puérperas são acompanhadas até os 42 dias. Disponibilizamos o teste do pezinho e palestras sobre a importância da amamentação materna exclusiva e do esquema de vacinação.

Para referir-me às temáticas de tanta importância nas práticas médicas, devo sinalizar, que a cada vez que avaliamos uma mulher, pensamos nos riscos e na possibilidade diagnóstica, já que ao apresentarem com maior frequência que a esperada e na quantidade enorme dos casos não sintomáticos na fase inicial. O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, sendo sua evolução lenta, é o segundo maior tipo de câncer que ocorre entre as mulheres e localizados precocemente, com o diagnóstico e tratamento precoce, há 100% de chance de cura. Ele está relacionado com o vírus do Papiloma Vírus Humano (HPV) e com a realização do exame de Papanicolaou, podendo ser detectado, mesmo sem ter nenhum sintoma. Agora pela iniciativa do MS, nosso município envolveu-se na campanha de vacinação das adolescentes, menores de 13 anos, para prevenção da infecção do HPV que tem vinculação muito direta com o câncer do colo do útero, mas também de vagina, vulva, ânus, pênis, orofaringe e boca. Esse vírus é adquirido via sexual e não causa lesão, mas em algumas mulheres, dentre os HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer de colo do útero ([www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=2687](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687)). Aqui enfrentamos

uma das nossas dificuldades mais sérias, nossos usuários estão em muitos casos desorientados, não contamos com uma promoção de saúde adequada para difundir pelos meios de comunicação (rádio, jornal, escrita). Também por razões socioculturais, padrões sociais de nossa população feminina não aceitam fazer a coleta de CP de colo do útero. É disponibilizado o exame em todas as unidades móveis, nos hospitais, nas UBS, pelos Médicos da Família e/ou enfermeiros, em consultórios de ginecologia. O exame do Papanicolau é um exame indolor, muito simples de ser realizado e oferecido gratuitamente.

Em relação à PCCU e Controle do Câncer de Mama contamos com uma estimativa com 1268 mulheres com 25- 64 anos e de 405 mulheres com 50 – 69 anos. Como anteriormente exposto, não contamos com dados precisos dessas faixas etárias nem numero de cadastradas, contamos com a quantidade de mulheres em idade fértil que é de 452 mulheres, em nossa UBS oferecemos serviço para realização de PCCU e pesquisamos a presença de nódulos e outras doenças de mama, baseados ao protocolo de atuação do MS.

Assumindo em conta que nosso trabalho é preventivo, temos que enfatizar, insistir nas formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama que são o exame clínico da mama e a mamografia. Quando o exame clínico das mamas é realizado por profissional treinado, pode detectar tumor de até um centímetro, se superficial. Tomando como referencia o anteriormente citado, em nossas UBS poderemos realizar o atendimento e triagem na saúde da mulher. Insistimos na prevenção desses agravos, fazemos palestras, orientações. A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). O exame clínico, mamografia e o autoexame das mamas são a pedra angular para diagnostico e tratamento precoce dessas patologias, a palpação das mamas realizada pela própria mulher não substitui o exame físico anual realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade.

Em relação à atenção aos usuários com HAS e DM apresentamos uma estimativa de 742 hipertensos e 183 diabéticos. Existe um cadastramento em nossa UBS de 328 (44%) usuários com HAS e de 94 (51%) usuários com DM, atendemos

diariamente estes agravos de acordo com protocolos de atendimento do MS, tendo presente que estes agravos são riscos potenciais para comorbidades.

Para enfrentar doenças como a HAS e DM que constituem problemas de saúde prioritários para qualquer sistema de saúde em todo mundo, temos que considerar objetivos e estratégias para garantir uma boa assistência. Temos a visão de nortear o profissional em relação ao manejo clínico adequado para esses usuários. Bem como estimular a forma assistencial multidisciplinar para alcançar com ações estratégicas individuais e coletivas não apenas a prevenção das complicações decorrentes destes agravos, mas também a promoção da Saúde e prevenção primária para a família destes usuários. O Ponto chave de nossa atuação é a programação da agenda local na UBS, organizando assim a demanda de todo o sistema, iniciando pela atenção primária. Acreditamos que podemos realizar um trabalho integrado com a sociedade que considere o ser humano com todas as suas singularidades e reconhecemos além da multicausal idade desses agravos o esforço coletivo no enfrentamento de um dos maiores desafios do século XXI que são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Temos que enfrentar as dificuldades que impõem os maus hábitos dietéticos (açai, o habito de fumar, a tendência excessiva de ingestão de álcool a diminuição das atividades físicas), o abandono de tratamentos. Não temos cadastrados os 100% de nossa população usuários com HAS e/ou DM, temos áreas descobertas, não divulgamos as ações de promoção e prevenção, usuários com baixa percepção de risco, as tendências á obesidade e sedentarismo. Nas consultas individuais avaliamos esses agravos, fazemos seguimento, devemos sensibilizar os profissionais para o cumprimento do protocolo de atuação do MS.

Um país é considerado jovem quando menos de 7 % de sua população tem 65 anos, quando tem 14 % da população alcançaram esta idade passam a ser considerado país envelhecido. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam compreender suas possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das

peessoas idosas está relacionada a uma cultura que as desvaloriza e não as suas limitações. As DCNT podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Garantir atenção integral, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas, esse é o principal objetivo da Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso. Promover o envelhecimento ativo e saudável significa prevenir a perda de capacidade funcional da população idosa através da preservação da sua independência física e psíquica, bem como garantir o acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional. Em relação à saúde dos idosos a estimativa para nossa área é de 487 pessoas, obtendo uma cobertura de 69,60% para um total global de 339, sendo atendidos de acordo com o manual de atendimento e protocolos de tratamento do MS.

No trabalho das ESF da Atenção Básica (AB), as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. Dois grandes erros devem ser continuamente evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. O segundo é tratar, o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos supérfluos, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

Desafios para nossa UBS:

Continuar sendo o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, realizar o cadastramento de toda nossa população adstrita, oferecer atenção qualificada e garantir trabalhar com enfoque de risco para promover uma maior prevenção e promoção de saúde. Manter esse grande potencial de resolver parte significativa das demandas apresentadas, estabelecendo o nível de atenção ideal para o diagnóstico dos agravos. Resolver e ofertar tratamentos correspondentes, promovendo uma grande congestão dos centros que oferecem atenção especializada para casos mais complexos, incorporando além do manejo específico dos agravos, ações de prevenção e promoção de saúde. Identificação de necessidades que devem ser respondidas por outros serviços que não os da rede de saúde, a referência do usuário a níveis mais complexos do sistema. Promover uma

verdadeira retroalimentação entre os hospitais e as UBS para fazer um verdadeiro seguimento. Desse modo contribuímos para que a atenção primária seja capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, a partir do atendimento das necessidades de saúde, do seguimento dos usuários, da oferta de atenção integral aos problemas mais frequentes e da organização dos encaminhamentos necessários. Para que o nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação ativa entre provedor e usuário, sobre a forma de acolhimento, atitude do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Depois de ler, analisar o segundo texto, entendemos que nossa percepção com as dificuldades existentes em nossa UBS foi maior de o que realmente estimei, agora compreendo as dificuldades existentes, que não percebi por levar pouco tempo de trabalho. Evidencia a grandeza do nosso curso em especialização de saúde da família permitindo identificar temas do nosso dia a dia, com muita sensibilidade, importantes que vão desde uma estrutura física até a qualidade do atendimento dispensado a população, identificando padrões de comportamentos de várias outras UBS. Além disso, observo que as estimativas não correspondem com a cobertura que temos em nossa área de atenção, concluindo que temos que oferecer uma melhoria em todos os indicadores de saúde e atender uma maior área descoberta do nosso trabalho.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Dentre todos os tipos de câncer, o do colo de útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a torno de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas, por meio do CP, permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. A faixa etária prioritária para a detecção precoce do câncer do colo do útero é dos 25- 64 anos de idade, período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras e antecede o pico de mortalidade pelo câncer. As ações que visam reduzir a exposição aos fatores de risco, principalmente tabagismo e infecção pelo HPV (PCCU, MS/2013).

O câncer de mama é considerado o segundo tipo mais frequente no mundo, o mesmo é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque o agravo ainda é diagnosticado em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%, INCA (2009). Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, INCA (2009). Segundo a OMS, nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.



Nossa UBS é uma UBS mista, com duas ESF. Cada equipe conta com seis ACS, dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um médico. Também temos técnicos de reabilitação que atuam para nossa UBS. A UBS oferece se serviço de odontologia, laboratório, pronto atendimento, ultrassonografia, farmácia, os consultórios estão sendo reformados. Sua estrutura é deficitária, temos demanda grande, pois atendemos uma população 4.877 pessoas. Em relação á estrutura física da UBS associada com nosso foco de intervenção é muito velha e com um só local para realizar a coleta PCCU, sem privacidade. Temos uma farmácia que tem insuficiência na medicação necessária a esta ação programática. Não temos equipamentos suficientes, as luminárias são deficientes, poucos impressos de prevenção e promoção de saúde. Não temos dados estatísticos, planejamento inadequado às necessidades e dificuldades identificadas.

A população alvo estimada na idade de 25 e 64 é de 1.268 para Câncer de colo de útero e de 50 a 69 é de 405 para Câncer de mama. Compreendemos que temos sub- registro, temos deficiências e é esta a maior motivação para melhorar esses indicadores, temos uma área grande descoberta, sendo nosso interesse trabalhar o identificar, cadastrar 100% da população alvo. Com o objetivo de termos uma coleta de amostras com qualidade e que seja disponibilizado o resultado o mais rápido possível, já que as mulheres frequentemente vão para os serviços privados alegando a demora existente entre o momento que é coletada amostra e o resultado final. Também realizar a assistência de qualidade seguindo o protocolo disponibilizado do MS. Trabalharemos em função de alcançar o maior número de coletas de PCCU e exame de mama e oferecer com qualidade nas orientações, tratamentos e encaminhamento para os serviços especializados.

A importância da escolha de nosso foco de intervenção é promover a população da área adstrita orientações dos riscos que enfrentam e as vantagens que proporciona a realização dos exames, que realizados com a periodicidade e avaliados pelos profissionais da saúde vão prevenir os agravos que podem limitar a vida destas mulheres envolvidas. Com o diagnostico precoce podemos obter a cura total, só necessitando intervenção médica e seguimento quando não realizado precocemente. Entre as deficiências encontradas são a falta de dados e o deficiente cadastramento das mulheres nas faixas etárias de risco para câncer de mama e colo

de útero. Na dependência do momento em que é realizado o diagnóstico e o estágio em que se classifique a doença, zeram as possibilidades de nossas usuárias e a conduta médica tendo como orientação o protocolo de atuação do MS. Também observamos que em muitas oportunidades as mulheres não acessam ao serviço pelo desconhecimento, sendo esta a importância de nosso projeto, de nossas orientações na comunidade, da nossa atuação diária, para obtenção dos resultados para diminuição da incidência dos agravos preveníveis. Desejamos também melhorar e prevenir as infecções sexualmente transmissíveis (IST), prevenção do câncer do colo do útero e câncer de mama. O serviço de mamografia não é ofertado na UBS

Nossas limitações são o não envolvimento de todos os profissionais no projeto de intervenção, dados não confiáveis, estrutura da UBS deficiente, mas iniciaremos nosso trabalho com empenho e dedicação fazendo com que os demais profissionais se envolvam na intervenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da mulher para detecção do câncer de colo de útero e do câncer de mama na UBS/ESF Lélvio Silva, Macapá/AP.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

**Metas 1.1.** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 50%.

**Metas 1.2.** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 50%.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na UBS

**Metas 2.1.** Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citológico e mamografia

**Metas 3.1.** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado (citopatológico do colo do útero) e que não retornaram a UBS.

**Metas 3.2.** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado (mamografia) e que não retornaram a UBS.

**Metas 3.3** Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela UBS.

**Metas 3.4** Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela UBS.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Metas 4.1.** Manter registro da coleta de exame CP de colo uterino em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da UBS.

**Metas 4.2.** Manter registro de exame mamas e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da UBS.

**Objetivo 5:** Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

**Metas 5.1** Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero) em 100% das mulheres nas faixas etário-alvo.

**Metas 5.2** Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de mama) em 100% das mulheres nas faixas etário-alvo.

**Objetivo 6:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de colo de útero e de mama na UBS

**Metas 6.1.** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

**Metas 6.2.** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

## **2.3 Metodologia**

A Intervenção será realizada na ação programática saúde da Mulher, PCCU e de Mama na UBS Lélío Souza localizada no município de Macapá/AP. Terá a duração de 16 semanas, iniciando em outubro de 2014, sendo baseada no Protocolo de Saúde da Mulher do MS, 2013.

Para obter a coleta de dados, será utilizado o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), prontuários, registros específicos, planilha de coleta de dados, ficha-espelho fornecidos pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e fichas complementares elaboradas pela equipe.

## **Detalhamento das Ações**

**Relativa ao Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

## **Monitoramento e Avaliação**

Monitoraremos as ações de captação e cobertura de controle dos cânceres do colo do útero e mama pelos profissionais da UBS para realizar o diagnóstico precoce das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para Câncer de

colo de Útero e das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente.

### **Organização e Gestão Do Serviço**

Toda a população alvo que vier a UBS será convidada para realizar o CP e exame de mamas. Garantiremos os meios de diagnósticos e capacidade na UBS para realização dos mesmos. A intervenção se dará através da busca ativa dos ACS e de cadastramento da população alvo que acessar os serviços na UBS. Iremos garantir o agendamento, meios diagnósticos, capacidade de realização do exame físico e mamografia. Trabalharemos com o objetivo de cadastrar 100% das mulheres de idade alvo em nossa área adstrita.

Orientaremos as mulheres com risco de cânceres, captaremos para a realização dos exames com a periodicidade recomendada. Melhorar as condições do local e do acolhimento.

### **Engajamento Público**

Realizaremos ações de prevenção e promoção, orientando sobre a importância da realização de exame CP e de mamas para diagnóstico precoce de cânceres. Orientaremos a realizar o seguimento periódico destes exames para um melhor seguimento de acordo com protocolo de atuação. Avaliaremos, realizaremos o exame físico e seguimento com estudos de mamografia para a população alvo. Motivaremos e orientaremos a realização do autoexame de mama para detectar pequenas lesões, nódulos e orientar para a procura de nossos serviços.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Garantiremos a capacitação dos profissionais para o acolhimento adequado bem como do atendimento para as mulheres alvo da intervenção. Capacitaremos os mesmos para realizar o seguimento com a periodicidade estabelecida. Para o manejo e tratamento de acordo com o protocolo, para realizar o agendamento de acordo com a periodicidade preconizada pelo protocolo adotado.

Capacitaremos nossos ACS para identificar a população alvo, as faixas etárias de riscos, para o cadastramento, de acordo com o protocolo estabelecido.

**Relativa ao Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na UBS

### **Monitoramento e Avaliação**

Providenciaremos arquivo para acomodar os resultados e realizaremos sua organização em nossa UBS. Garantindo um profissional responsável que irá controlar a adequabilidade das amostras de exames coletados, monitorando- os.

### **Engajamento Público**

Forneceremos a nossa comunidade o resultado de nossa ação programática, ressaltando a qualidade dos exames coletados e explicando o comportamento do câncer do colo do útero e de mama em nossa população.

### **Qualificação da prática clínica**

Realizaremos a capacitação de todos os profissionais envolvidos de acordo com o protocolo estabelecido.

**Relativa ao Objetivo 3:** Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame CP e de mamografia

### **Monitoramento e Avaliação**

Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela UBS.

Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela UBS. Temos como objetivo em nossas consultas médica, avaliar os resultados dos PCCU e realizar a conduta medica de acordo com o protocolo adotado, de acordo com a periodicidade e acompanhamento das mulheres que realizaram o exame. Nas consultas medicas enfatizaremos a avaliação, realização do exame clinico das mamas, nas alterações indicaremos

seguimento. Na população alvo será requisitado o estudo mamográfico. O acompanhamento da periodicidade da realização desse estudo que não é realizado em nossa UBS para melhor prevenção e diagnóstico do câncer da mama.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Garantiremos e obteremos o resultado de PCCU realizado em nossa UBS para uma avaliação pronta e uma conduta médica de acordo com o protocolo. No momento de acolhimento das mulheres nas faixas etárias de risco para câncer do colo do útero, motivaremos a realização do PCCU e a obtenção do resultado o mais rápido possível. Nas VD realizadas, procuraremos as mulheres nas faixas etárias de risco faltosas e motivaremos a mesma para a realização do exame. Deixaremos duas vagas em nossas consultas para avaliar mulheres provenientes da busque da ativa. Estimularemos os enfermeiros e outros médicos da UBS para avaliar os resultados dos PCCU.

Orientaremos sobre a importância de obter o resultado da mamografia de forma rápida e definição da conduta médica. As mulheres nas faixas etárias de risco para câncer de mama serão orientadas desde o acolhimento para realização do estudo e obtenção do resultado com rapidez. Garantiremos VD para mulheres faltosas acompanhadas até conseguir cumprir com a periodicidade do exame. Programaremos consultas para facilitar que as mulheres faltosas encontradas sejam avaliadas. Garantiremos que médicos e enfermeiros avaliem os resultados da mamografia e atuem de acordo com o protocolo.

### **Engajamento Público**

Promoveremos palestras para nossa comunidade acerca do câncer do colo do útero e de mamas, para fazer prevenção e promoção da saúde. Envolveremos toda nossa população para fazer trabalho preventivo e de persuasão em aquelas mulheres faltosas. Promoveremos palestras sobre a periodicidade e realização dos estudos para prevenção e diagnóstico dos cânceres do colo do útero e mama. Orientaremos nossa comunidade sobre o comportamento, desenvolvimento da doença e sua prevenção. Orientaremos sobre retorno das consultas, dos resultados e do PCCU.

Difundiremos na população a importância de evitar que as mulheres com alterações falem às consultas. Deixaremos claro a periodicidade e a importância da realização dos estudos para prevenir o câncer de mama. Explicaremos o tempo de retorno da consulta depois de obter o resultado dos estudos para avaliação e conduta médica.

### **Qualificação da prática clínica**

Reproduziremos o protocolo adotado para as duas equipes para atuar em concordância com ele. Capacitaremos e atualizar nossos ACS para conhecer periodicidade dos exames nas mulheres faltosas. Explicaremos nas equipes a importância dos resultados e o tipo de acolhimento que deveremos realizar nesse momento. Capacitaremos às equipes a interpretação dos resultados de PCCU e mamografia. Promoveremos a capacitação dos ACS sobre a periodicidade dos exames nas mulheres faltosas. Orientaremos as equipes sobre acolhimento das mulheres com os resultados.

### **Relativa ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

#### **Monitoramento e Avaliação**

Conhecendo a importância dos dados estatísticos, monitoraremos, quantificaremos a captação das mulheres que serão avaliadas na UBS.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

Manteremos atualizadas as fichas espelho e complementar, manteremos as informações do SIAB como fonte. Confeccionaremos os documentos como planilha, ficha, registro para facilitar o acompanhamento.

#### **Engajamento Público**

Orientaremos as mulheres sobre o direito que elas têm de que sejam mantidos atualizados os registros de saúde.

### **Qualificação da prática clínica**



Promoveremos a capacitação para os profissionais da UBS de maneira correta de trabalhar os registros das informações.

**Relativa ao Objetivo 5:** Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

### **Monitoramento e Avaliação**

Controlaremos e faremos o seguimento, avaliação dos riscos das mulheres com alterações tanto do colo do útero como do câncer de mama.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Estabeleceremos a classificação de risco, realizando esta classificação a todas as mulheres alvo de nossa intervenção, para realizar o acompanhamento das mesmas com fatores de riscos e associações. Manteremos o seguimento específico para os casos que tinham associações de ambas as patologias.

### **Engajamento Público**

Difundiremos por todos os meios de divulgação (radio, jornais, igrejas) os fatores de risco de câncer do colo de útero e de mama, incentivando os ACS para realizar estas orientações de prevenção. Orientaremos a comunidade sobre os fatores modificáveis, enfrentando de forma ativa estes fatores. Orientaremos a comunidade sobre os sinais clínicos que podem apresentar estes cânceres.

### **Qualificação da prática clínica**

Realizaremos a capacitação e atualização dos profissionais sobre câncer de mama e do colo do útero de acordo com o protocolo estabelecido. Ofereceremos treinamento e capacitação para as equipes sobre avaliação dos fatores de risco modificáveis.

**Relativa ao Objetivo 6:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de colo de útero e de mama na UBS

## **Monitoramento e Avaliação**

Controlaremos e realizaremos o acompanhamento do número das mulheres que receberam as orientações.

## **Organização e Gestão do Serviço**

Trabalharemos em conjunto na UBS, nas ações de saúde para distribuir preservativos e prevenir as enfermidades de transmissão sexuais.

## **Engajamento Público**

Explicaremos a importância do uso de preservativos e a incorporação das atividades físicas, o não uso de drogas, álcool e ter uma alimentação saudável.

## **Qualificação da prática clínica**

Capacitaremos os profissionais da UBS para conhecer, interpretar o resultado de PCCU e mamografia, da mesma forma a prevenção de DST, diminuição dos riscos do câncer do colo do útero e de mama.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

**Meta 1.1** - Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 50%.

**Indicador 1.1.** Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo do útero.

**Numerador:** Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero.

**Denominador:** Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da UBS.

**Meta 1.2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 50%.

**Indicador 1.2.** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

**Numerador:** Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

**Denominador:** Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na UBS

**Meta 2.1** - Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

**Indicador 2.1.** Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

**Numerador:** Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero realizados.

**Denominador:** Número total de mulheres cadastradas no programa da UBS com exame citopatológico do colo do útero em dia.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame CP e mamografia

**Meta 3.1-** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado (CP do colo do útero) e que não retornaram a UBS.

**Indicador 3.1.** Proporção de mulheres com exames CP do colo do útero alterado e que não retornaram a UBS.

**Numerador:** Número de mulheres que tiveram exames alterados (CP do colo do útero) que não retornaram na UBS.

**Denominador:** Número total de mulheres com exame CP alterado.

**Meta 3.2-** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado (mamografia) e que não retornaram a UBS.

**Indicador 3.2.** Proporção de mulheres que tiveram exame alterado (mamografia) que não retornaram à UBS.

**Numerador:** Número de mulheres que tiveram exame alterado (mamografia) que não retornaram à UBS.

**Denominador:** Número total de mulheres com mamografia alterada.

**Meta 3.3 -** Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame CP alterado sem acompanhamento pela UBS.

**Indicador 3.3.** Proporção de mulheres que não retornaram a UBS para resultado de exame CP e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

**Numerador:** Número de mulheres com exame alterado (CP do colo do útero) que não retornaram a UBS e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

**Denominador:** Número total de mulheres com exame alterado (CP de útero) que não retornaram à UBS.

**Meta 3.4 -** Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela UBS.

**Indicador 3.4.** Proporção de mulheres que não retornaram a UBS para resultado de mamografia e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

**Numerador:** Número de mulheres com exame alterado (mamografia) que não retornaram a UBS e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

**Denominador:** Número total de mulheres com exame alterado (mamografia) que não retornaram à UBS.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1** - Manter registro da coleta de exame CP de colo uterino em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da UBS.

**Indicador 4.1.** Proporção de mulheres com registro adequado do exame CP de colo do útero.

**Numerador:** Número de registros adequados do exame CP de colo de útero.

**Denominador:** Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa

**Meta 4.2** - Manter registro de exame mamas e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da UBS.

**Indicador 4.2.** Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia.

**Numerador:** Número de registros adequados do exame de mamas e mamografia

**Denominador:** Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

**Objetivo 5:** Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

**Meta 5.1** - Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero) em 100% das mulheres nas faixas etário-alvo.

**Indicador 5.1.** Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

**Numerador:** Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero

**Denominador:** Número de mulheres residentes no território que frequentam o programa na UBS

**Meta 5.2** - Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de mama) em 100% das mulheres nas faixas etário-alvo.

**Indicador 5.2.** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

**Numerador:** Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

**Denominador:** Número de mulheres residentes no território que frequentam o programa na UBS

**Objetivo 6:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de colo de útero e de mama na UBS

**Meta 6.1** - Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

**Indicador 6.1:** Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

**Numerador:** Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

**Denominador:** Número total de mulheres residentes no território que frequentam o programa na UBS

**Metas 6.2.** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

**Indicador 6.2:** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

**Numerador:** Número de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

**Denominador:** Número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS.

### 2.3.3 Logística

Para realizar uma atuação lógica e de acordo com os protocolos de atuação e de uma melhor compreensão do nosso planejamento, estipulamos uma logística para definir e guiar nossa intervenção.

Para realizar a intervenção no programa do câncer do colo do útero e câncer de mama vamos adotar o manual técnico Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/MS, 2013. Providenciaremos junto à direção da UBS reprodução do protocolo para cada equipe. Utilizaremos os registros de dados do prontuário de nossa UBS e da ficha espelho disponíveis no município com a complementação necessária para a intervenção, estipularemos local para o arquivamento das mesmas. Utilizaremos os dados estimados do caderno de ações programáticas disponibilizados pelo curso para mulheres em idade de risco para os cânceres do colo do útero (1268 mulheres) e de mama (405 mulheres). De este modo calcularemos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção com acompanhamento mensal utilizando a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pela UFPEL (Anexo B). Disponibilizaremos a coleta para PCCU, exame clínico das mamas e requisição de mamografias à população alvo da intervenção.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho (Anexo C) em quantidade necessária.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira abrirá um livro de registro de todas as coletas de PCCU e das mamografias. Identificaremos todas as mulheres que vieram ao serviço para oferecer as praticas de coleta para PCCU processadas com boa qualidade e a entrega de seus resultados para posterior avaliação pelo médico e enfermeira. Responsabilizaremos um profissional para transcrever as informações do prontuário e da ficha espelho para a digitação na planilha de coleta de dados. Ao mesmo tempo realizaremos o primeiro monitoramento anexando anotação sobre consultas, exames clínicos, exames laboratoriais e vacinas em atraso.

Para realizar o acolhimento humanizado da população alvo, todos os profissionais que trabalham na triagem e na realização dos exames sejam treinados para a assistência desta ação programática, saibam tratar de forma adequada às mulheres que precisam de intervenção. O responsável para essa função será o enfermeiro responsável pela coleta de PCCU de cada equipe. Os ACS serão orientados pelo medico e enfermeiros para priorizar o cadastramento destas mulheres. Será solicitado transporte para visitar a população alvo, promoveremos propagandas e divulgação pelos meios de divulgação massiva dos fatores de risco para essas doenças divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde, sendo o médico e a enfermeira responsáveis para estas ações e igualmente para orientar sobre a periodicidade da coleta de PCCU e da mamografia. Providenciaremos junto à gestão de convênios com os serviços prestadores de diagnósticos, impressos, lâminas, luvas e insumos necessários para proteção dos profissionais e realização do processo livre de contaminação das amostras. Realizaremos a capacitação do pessoal para as demandas dos resultados. Realizaremos a capacitação de todas as equipes para os fatores de risco, identificando as mulheres com predisposição e para estimularem a população alvo para o agendamento dos exames, providenciaremos junto à gestão dos medicamentos, rede de referenciamento especializado para o tratamento dos exames alterados. Haverá a capacitação sobre as DST para identificar, tratar e orientar sua prevenção. Estas capacitações serão realizadas semanalmente durante



a reunião de equipe da UBS, convidaremos especialistas e oficinas para melhor entendimento. Utilizaremos o protocolo do MS sobre acolhimento e controle dos Cânceres de colo de útero e de mama para uniformidade do atendimento.

O acolhimento será realizado pelas técnicas de enfermagem, através de agendamento de quatro PCCU por equipe disponibilizada diariamente nos dois turnos. Também agendaremos estas mulheres para receberem os resultados. Estes agendamentos ocorrerão de acordo com a procura das mesmas.

A prevenção é importante para isso trabalharemos direto com nossa população orientando da importância da realização de PCCU e do exame de mamas e sua periodicidade, faremos contato com a associação de moradores e com representantes da comunidade e das igrejas da área de abrangência, apresentaremos o projeto esclarecendo a importância destes exames. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação das mulheres na faixa etária priorizada e esclarecendo a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Precisamos de difusão massiva, de explicar que esse tipo de agravo é prevenível e temos que demonstrar que incidindo nos riscos irá diminuir o número de usuários. O responsável desta intervenção serão os médicos, enfermeiros e a administração de nossa UBS. Estas ações tem caráter coletivo pelo tipo de impacto que se realiza na comunidade.

Nestas ações difundiremos o controle através das orientações para o uso de preservativos, antitabaco, uso de álcool e drogas e a adoção de hábitos saudáveis (atividade física, alimentação).

Para monitorizar a cobertura de detecção precoce de câncer do colo do útero e de mamas da população alvo, temos que realizar o cadastramento de 100% das mulheres nessa faixa etária. Cumprir com a periodicidade de acordo com o protocolo de atuação.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho da saúde da mulher identificando aquelas que estão com consultas, coleta de PCCU, mamografia, à realização de avaliação de risco, exames clínicos e laboratoriais, vacinas em atraso. O ACS fará busca ativa de todas as mulheres em atraso, Estimando 10 buscas ativa semanal. Ao realizar a busca a mulher será agendada no horário de sua

conveniência. Organizaremos a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas.

#### 2.3.4 Cronograma da intervenção

Atividades	U1							8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Câncer de Colo do Útero e de Mama.																
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.																
Cadastramento de da população alvo															6	
Contato com lideranças comunitárias e solicitação de apoio.																
Atendimento clínico																
Grupo de mulheres																
Capacitação dos ACS																
Busca ativa das mulheres compreendidas nas faixas etárias risco.																
Monitoramento da intervenção.																

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Nossa população adstrita é 4.877, sendo a população alvo estimada na idade de 25 e 64 de 1.268 para Câncer de colo de útero e de 50 a 69 de 405 para Câncer de mama. Compreendemos que temos sub-registro, temos deficiências e é esta a maior motivação para melhorar esses indicadores, temos uma área grande descoberta, nosso interesse é trabalhar o cadastramento de 100% da população alvo. Com o objetivo de termos uma coleta de amostras com qualidade e que o resultado o mais rápido possível, já que as mulheres frequentemente vão para os serviços privados alegando a demora existente entre o momento que é coletada amostra e o resultado final.

Realizamos a intervenção na UBS/ESF Lélío Silva, Macapá/AP, durante 16 semanas, iniciamos em outubro de 2014 a fevereiro de 2015, sim dúvidas existiram inovações, mas nunca foi perdida aquela nossa ótica e atuamos de acordo com os protocolos e a metodologia de referencia.

Continuamos a nossa intervenção relatando as ações realizadas.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Iniciamos nossa intervenção com as VD e o trabalho desempenhado na comunidade era a maneira mais importante de contatar, com aquela população de faixas etárias de risco, que ainda não tinha consciência do risco que enfrentava e não procurava a assistência medica da UBS, iniciando o primeiro contato com o SUS. Sempre foi prioridade em nosso trabalho o cadastramento da população em faixa de risco de igual modo prestamos atenção ao preenchimento das fichas de

coleta de dados, ficha espelho e a confecção semanal dos diários, todos estritamente vinculados ao cronograma de trabalho.

Os instrumentos utilizados para o preenchimento inicialmente foram complexos, existiram erros da interpretação pela nossa parte, mas os contatos com os profissionais, com nossa orientadora semanalmente, quase diariamente levaram a um entendimento e a um correto preenchido da ficha da coleta de dados. Existiram profissionais que nunca ficaram realmente comprometidos com nosso trabalho, mais a maioria compreendeu nosso empenho e nossos objetivos. Recebemos fichas espelho com erros, incompletas, atrasadas, mas continuamos a insistir, discutimos temas e chegamos a consensos, não foram poucas as pessoas nas capacitações que ficaram ausentes, que foram incompreensíveis, mas continuamos trabalhando.

O atendimento clínico das usuárias sempre foi prioridade, orientamos o pessoal de triagem para um bom acolhimento a esta assistência, enfatizamos a importância de uma boa orientação, sendo o primeiro contato com o SUS e é de vital importância para captar e fazer acompanhamento futuro. Reservamos agendamento para as mulheres de risco considerável para avaliação medica ou de enfermagem. Foi garantida a privacidade, a ética medica na entrega dos resultados para avaliação posterior. Também orientávamos sobre os sinais, sintomas, divulgação da prevenção e promoção de saúde, da importância do autoexame e o diagnostico precoce destes agravos. Orientamos, tratamos, encaminhamos resultados benignos e tiramos duvidas em cada atendimento realizado

A área de triagem é um entrave importante na UBS, para realizar o atendimento e a qualidade necessária, questionamos a comunidade sobre o seu grau de satisfação com nosso atendimento e a cada dia fazer dele algo melhor. Organizamos o atendimento clinico para a melhoria da qualidade. Reproduzimos os protocolos vigentes para obter uma maior disponibilidade na UBS e facilitar o estudo e a interpretação, para tal objetivo precisamos do apoio dos enfermeiros, direção do centro e de pessoas prestativas, só que não foi realizada a impressão no inicio da intervenção, foi algo paulatino. Foi importante examinar documentos da UBS aonde os registros eram pobres, consultamos os prontuários, documentos no departamento de PCCU e concluímos que existe um sub-registro

dos dados, nos trabalhamos com estimativa e hoje temos dados e indicadores de atendimento.

Precisamos avaliar a participação de nossos profissionais, ação de grande valor em nossa atuação, só que foi impossível conseguir que todos os profissionais da UBS ficassem comprometidos 100%, muitos deixaram de participar nas capacitações, de orientar na prevenção, promoção, de preencher corretamente as planilhas, de conquistar as mulheres faltosas, de procurar aquelas de maior risco, mais outros fizeram uma leitura ótima do alcance de nosso projeto, da importância dele e a incidência nos indicadores. Com a participação destes tivemos forças para continuar o projeto e levar a prática, no transcurso das ações captamos pessoas e profissionais que colaboraram e que ajudaram para os resultados obtidos.

Trabalhamos com as mulheres alvos e diagnosticadas, capacitamos- as realizando palestras sobre questões pontuais, da importância da prevenção de agravos, do acesso ao SUS, do acolhimento e da importância do autoexame de mama. Sobre a proteção durante as relações sexuais, prevenindo as DST, promovemos a participação em muitas ações de saúde, envolvendo outros profissionais, população de outras áreas e o contato com a liderança informal, tão importante neste caso. Propiciamos encontros com mulheres já diagnosticadas e outras de alto risco.

Explicamos sobre a importância da medicina preventiva, convivendo com os agravos, minimizando o dano psicológico. Tivemos usuárias que deixaram de receber os resultados, não foram às consultas agendadas, enfrentamos as dificuldades sempre com seriedade e responsabilidade.

O apoio dos líderes formais e a informação era uma realidade necessária, através destas ações conseguimos capacitar pessoas para captar um maior número de usuárias. Esse contato permitiu divulgar, dar a conhecer fatores de riscos, sinais e sintomas destes agravos nas mulheres que por uma ou outra razão não vão as UBS, também a periodicidade com que devem ser realizada a mamografia e o PCCU. Envolvermos a comunidade em função de nossas metas, propósitos e desafios.

Colocamos nas mãos da própria comunidade sua própria saúde com um papel regulador e orientador, a população programou as ações de saúde, conseguiram os locais e as condições mínimas para fazer as atividades médicas. Foi interessante ver que muitas pessoas desconhecem seus direitos, não sabem como proceder nestas situações, que são protegidos pela constituição do Brasil.

Deixamos claro que entre 24 -64 anos de idade pesquisamos câncer do colo de útero e entre 50-69 anos câncer de mama. De igual modo os sinais e sintomas quando presentes devem procurar ao posto para definir conduta, detalhamos que é fundamental a periodicidade dos exames e a busca da e avaliação dos resultados pelo profissional.

Tendo em conta as ações previstas, começamos com os aspectos de nosso Projeto referente aos Protocolos de atuação dos cânceres do colo do útero e mama do MS atualizado. Os encontros com os profissionais de nossa UBS foram por meio das reuniões com as equipes, que foram definidas para um dia fixo da semana, de acordo com o cronograma de trabalho, sendo concretizadas desde o início da intervenção.

Conseguimos trocar, compartilhar, estudar, esclarecer dúvidas, problemas de interpretação e aceitamos sugestões, com o objetivo de melhorar a assistência na ação programática de saúde da mulher, discutimos a intervenção, os métodos tanto clínicos como os procedimentos para população alvo. As orientações durante as VD e consultas, exibimos e debatemos nossa proposta de cronograma, estudamos temas como a identificação dos sintomas e sinais que apresentam os cânceres do colo do útero e mama, abordaram os fatores de riscos mais frequentes, os de maior incidência, os modificáveis, a idade de risco, as complicações, o curso natural do agravo, a frequência ou periodicidade com que devem ser realizados os exames, os possíveis resultados, interpretação e conduta médica. Encaminhando ou tratando, os problemas identificados.

Estabelecemos consenso sobre a agenda de trabalho, do seu cumprimento. Conseguimos realizar a capacitação dos profissionais da equipe e a capacitação das pessoas que cooperaram ativamente ou passivamente com a Intervenção,

abordamos de formas diferentes de linguagem e de profundidade os temas relacionados com o protocolo.

Durante o seguimento e análises da intervenção realizamos ações com os diferentes profissionais da saúde, nesse caso vinculados diretamente com a disponibilização dos protocolos de atuação e sua compreensão para sua posterior aplicação. Foi necessário capacitar nossos profissionais para realizar um bom acolhimento.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações foram realizadas. Tivemos problemas de ausências para a capacitação de alguns de nossos profissionais em temas de verdadeira importância como exame clínico e noções para interpretação de PCCU e mamografia, outro tema como classificação das lesões em malignas e benignas, sintomas e sinais para diagnosticar os agravos e outros temas. Questionamos as ausências tendo resposta de conhecimento do tema e outros sem justificativas.

Outra dificuldade foi à realização dos exames e a busca dos resultados pelas usuárias. Também as dificuldades com o departamento de PCCU, o espaço, as condições, os materiais. A pouca oferta de mamografias, dificuldades com os mamógrafos em nosso município/estado. O número de coletas de amostra não satisfatória, a demora nas entregas dos resultados para as mulheres.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A coleta e sistematização de dados foi sempre um tema difícil na intervenção, inicialmente apresentamos dificuldades com a interpretação e trazendo erros nas planilhas, com a ajuda de nossa orientadora conseguimos continuar o trabalho. A planilha foi também preenchida de maneira incompleta, incorreta pelo outro profissional. Necessitamos várias reuniões entre as equipes e os profissionais para interpretação e em muitas oportunidades para levar as orientações que recebemos. Outras para realizar uma familiarização com os instrumentos, como as planilhas no



preenchido correto. Entendemos que a planilha seja um instrumento que toda a equipe esteja capacitada para seu preenchimento.

Também tivemos problemas com nossa planilha que apresentava erros de cálculos, erros de gráficos e foi necessária correções em varias oportunidades pela coordenação central, mas sempre recebemos apoio e as planilhas foram preenchidas, corrigidas e enviadas corretamente, realizando os cálculos e obtidos os resultados para avaliar os indicadores.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Ao termino da intervenção, na semana 16<sup>o</sup> da mesma, avaliando os bons resultados e o impacto gerado nos outros profissionais/equipes e também o grau de aceitação pela população ficamos decididos a continuar nessa linha de trabalho. Realizando uma atuação cotidiana, continuaremos trabalhando com a mesma visão de risco, promovendo a saúde e prevenindo a doença, reconhecendo a importância das VD.

Os contatos com as lideranças comunitárias e o trabalho de cadastramento, do seguimento das faltosas, a busca ativa das mulheres com resultados positivos haverá continuidade com o aperfeiçoamento do acolhimento, com as palestras, o trabalho nas ações comunitárias, as capacitações de todos nossos profissionais. As reuniões são obrigatórias e são para debater temas da equipe e da UBS, a reprogramação da agenda de trabalho.

Quero relatar que na UBS já foi incorporada as ações aplicadas à rotina do trabalho, fazemos a promoção de saúde com os fatores de risco, garantindo o atendimento clínico de qualidade as usuárias em geral. Devemos inserir ao atendimento diário as ações realizadas na intervenção e continuar com as estratégias planejadas objetivando a continuação da melhoria da assistência a PCCU e de mama tendo a continuidade das ações realizadas, como captação das usuárias, cadastramento e busca ativa das faltosas.

As ações de engajamento público permanecem como ações fundamentais, realizando varias ações, colocando filmes educativos e de orientações,

desempenhando palestras, ações de prevenção e promoção de saúde tanto na UBS como nas VD, formando o vínculo com líderes comunitários, a monitorização e avaliação das atividades continuam.

Sentimos que temos ações por realizar, superamos dificuldades, obtemos ganhos, mas também temos que conquistar os profissionais para a adesão, melhorando os indicadores de trabalho e que a prevenção destes agravos seja a cada vez maior e melhore a qualidade de vida das usuárias de nosso serviço.

Se fosse assim, então valeu a pena as dificuldades superadas, as emoções negativas vividas, os momentos péssimos enfrentados, as diferenças ao cumprir o objetivo pelo qual trabalhamos e trabalharemos sempre para oferecer saúde da melhor qualidade e ser cada dia mais capaz e melhor.

A continuação algumas fotos que evidenciam momentos de nosso trabalho:



Figura 1: Fotos da participação e orientação com os profissionais na sala de triagem



Figura 2: Diferentes tipos de atendimentos tanto em consultas como na área



Figura 3: Capacitação consulta e orientações para preenchimento dos instrumentos



Figura 4: Participação em ações de saúde e contato com outros profissionais



Figura 5: Preenchimento dos instrumentos de trabalho para posterior digitação e confecção da ficha de coleta de dados



Figura 6: VD e captação das mulheres em faixa etárias de risco

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção foi desenvolvida com o objetivo de incidir no programa do câncer do colo de útero e mama na área adstrita da UBS. Nosso tema: Melhoria da atenção à saúde da mulher para detecção do câncer do colo do útero e câncer de mama na UBS Dr. Lélío Silva, município Macapá/AP.

A população adstrita de nossa área é de 4.887 habitantes; com uma população alvo estimada de 1.270 (26%) mulheres nas faixas etárias de 25-64 anos residentes no território e de 406 (8,3%) mulheres entre 50-69 anos residentes no território, somos duas ESF atuantes que cobrem uma grande área e ficando outra área descoberta, inicialmente apresentamos muitas dificuldades na intervenção para obter os dados.

Desde o início de nosso trabalho, tentei cultivar com os profissionais de nossa ESF, da outra ESF e dos profissionais da UBS as melhores relações e o contato maior para conseguir bons resultados na intervenção, do início até o final. A composição da outra ESF é similar à composição de nossa equipe, um médico geral, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e ACS. Em nossa UBS também mantivemos contato com ginecologistas, pediatras, clínicos geral, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, odontólogos, enfermeira do departamento do PCCU, funcionários da farmácia, diretora, trabalhadores do SAME e profissionais da manutenção.

Durante nossa intervenção foi avaliado um total de 539 (42,4%) mulheres na faixa etárias de 25-64 anos de uma estimativa de 1.270 mulheres para câncer de

colo de útero, e 127 (31,3%) das mulheres entre 50-69 anos de uma estimativa de 406 para câncer de mama da população total.

A avaliação dos indicadores realizada semanalmente e mensalmente por meio das fichas espelho, da planilha de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL, dos diários proporcionou uma interpretação dos resultados finais, descritos a seguir.

**Objetivo 1-** Ampliar a cobertura de detecção do câncer de colo de útero e do câncer de mama

**Meta 1.1** - Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 50%.

**Indicador 1.1.** Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo do útero.

Observamos que no primeiro mês foi realizado um cadastramento de 73 (5,7%) mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade, no segundo mês de 198 (15,6%), no terceiro mês 385 (30,3%), e no quarto mês um total de 539 (42,4%), próximo à meta estabelecida. Inicialmente não tínhamos experiência, estávamos iniciando o trabalho na UBS, conhecendo nossa população, mas ao longo da intervenção fomos aumentando a captação, realizando vínculo com os líderes comunitários, fazendo capacitações dos profissionais. Posso citar como dificuldades o não compromisso, a falta de apoio de alguns dos profissionais da UBS durante a intervenção.

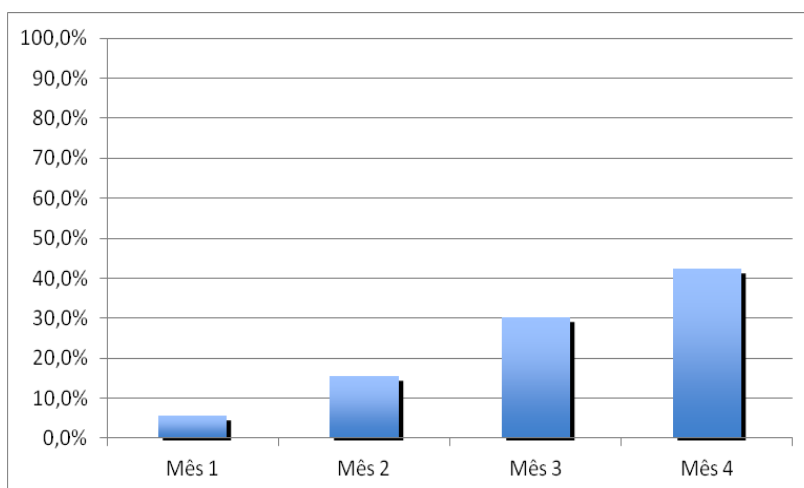


Figura 7: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 1.2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 50%.

**Indicador 1.2.** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Tomando que a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama foi outro dos indicadores avaliados, observamos que no primeiro mês foi realizado um cadastramento de 21 (5,2%) mulheres na faixa etária entre 50- 69 anos de idade, no segundo mês de 37 (9,1%), no terceiro mês 70 (17,2%) e no quarto mês um total de 117 (31,3%). Existiu um aumento gradativo durante os quatro meses da intervenção, mas não foi possível chegar à meta estipulada de 50 % da população alvo, posso citar como dificuldades o não compromisso e a falta de apoio de alguns dos profissionais da UBS na intervenção, o começo da intervenção sem ter experiência em organização e melhorias na ação programática, mas conseguimos terminar a intervenção com 31,3% da população cadastrada.

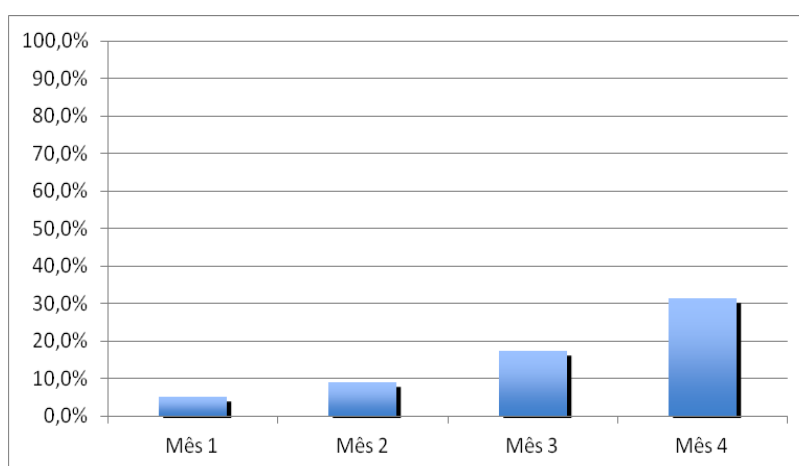


Figura 8: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo 2** - Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na UBS

**Meta 2.1** - Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

Este indicador foi um dos mais difíceis de entendimento, estabelecendo para nós uma complexidade de entendimento. Inicialmente nossa tabela não realizava os cálculos diretos, precisamos além das orientações recebidas por nossa orientadora uma reunião com o pessoal do departamento da coleta do PCCU para esclarecer quando uma amostra era considerada satisfatória.

Avaliamos no primeiro mês 73 mulheres, destas tivemos 67 (91,8%) das amostras satisfatórias, no segundo mês 198 (100%), no terceiro mês de 385 coletas, foram 377 (97,9%) satisfatórias, no quarto mês de 539 mulheres tivemos 522 (96,8%) amostras satisfatórias.

Considero que não devem ser frequentes as amostras coletadas sejam insatisfatórias, pois no segundo mês conseguimos 100% de amostras satisfatórias, é necessário realizar mais capacitações e aperfeiçoar a coleta de CP pelos profissionais.

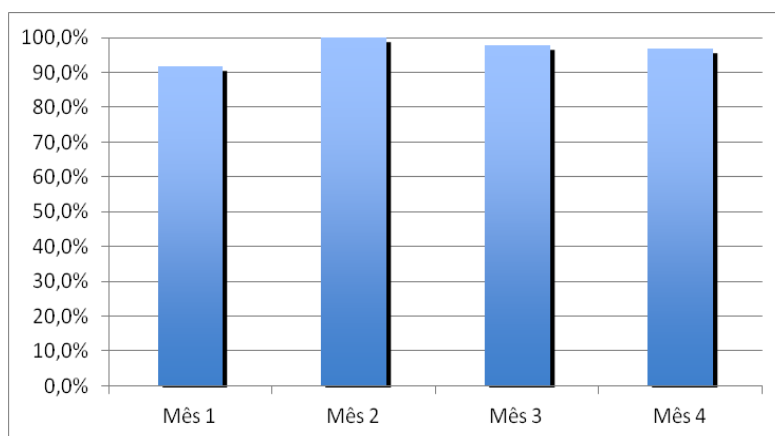


Figura 9: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo 3** - Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame CP e mamografia



**Meta 3.1-** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado (CP do colo do útero) e que não retornaram a UBS.

**Indicador 3.1.** Proporção de mulheres com exames CP do colo do útero alterado e que não retornaram a UBS.

Durante nossa intervenção o comportamento deste indicador foi variável, tivemos no primeiro mês de seis mulheres com CP alterados, três (50%) não retornaram a UBS, no segundo mês de 36 mulheres com exame CP alterado 35 (97,2%) não retornaram, no terceiro mês de 43 mulheres com CP alterado 42 (97,7%) não retornaram, finalizamos o quarto mês com 66 mulheres com exame CP alterado 65 (98,5%) não retornaram a UBS para a retirada do exame e continuação do tratamento.

Ao avaliarmos nossos exames alterados e não termos o retorno destas mulheres para a retirada dos mesmos, nosso trabalho foi fazer a busca ativa destas mulheres para o seguimento do tratamento segundo as diretrizes do MS.

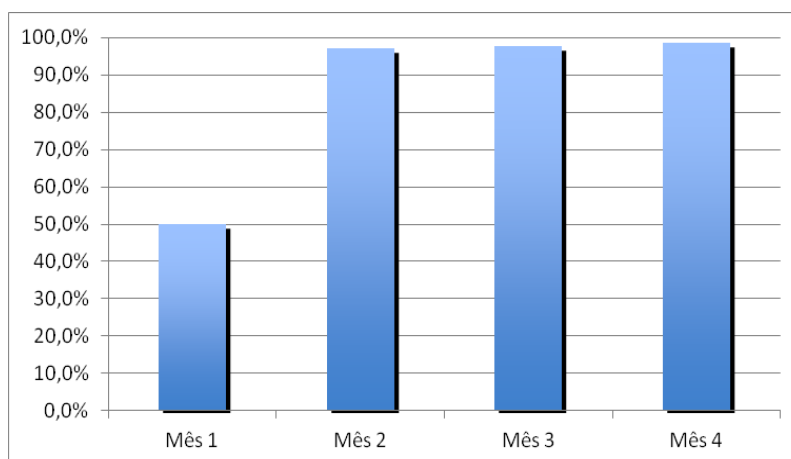


Figura 1o: Proporção de mulheres com exame CP alterado que não retornaram. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 3.2-** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado (mamografia) e que não retornaram a UBS.

**Indicador 3.2.** Proporção de mulheres que tiveram exame alterado (mamografia) que não retornaram à UBS.

A interpretação dos resultados neste indicador no primeiro mês foi de quatro mulheres com exame de mamografia alterada, quatro (100%) não retornaram, no segundo mês de 27 mulheres com exame de mamografia alterada 22 (81,5%) não retornaram, no terceiro mês de 44 mulheres com mamografia alterada 40 (90,9%) deixaram de ir à UBS, finalizamos a intervenção no quarto mês com 57 mulheres com exame alterado, sendo destas 53 (93%) não retornaram na UBS. Igualmente ao indicador anterior as mulheres com resultados alterados e que não retornaram na UBS foi realizada a busca ativa.

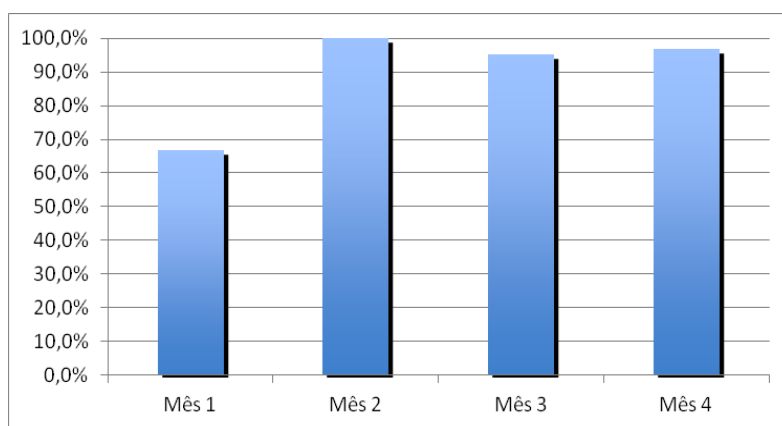


Figura 11: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer o resultado. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 3.3** - Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame CP alterado sem acompanhamento pela UBS

**Indicador 3.3.** Proporção de mulheres que não retornaram a UBS para resultado de exame CP e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Para avaliação desse indicador foi importante às orientações recebidas durante o curso. No primeiro tínhamos dos três CP alterados foi realizada a busca ativa a duas (66,7%) mulheres, no segundo mês de 35 CP alterados foi realizada a busca ativa para 22 (62,85%) mulheres, no terceiro mês de 40 mulheres que não retornaram na UBS, foi realizada a busca ativa. Para 36 (95,2%), no quarto mês de 63 mulheres que não retornaram na UBS foi realizada a busca ativa para 49 (96,9%) mulheres. Não percebemos a importância desta busca ativa, seja pela inexperiência ou desatenção.

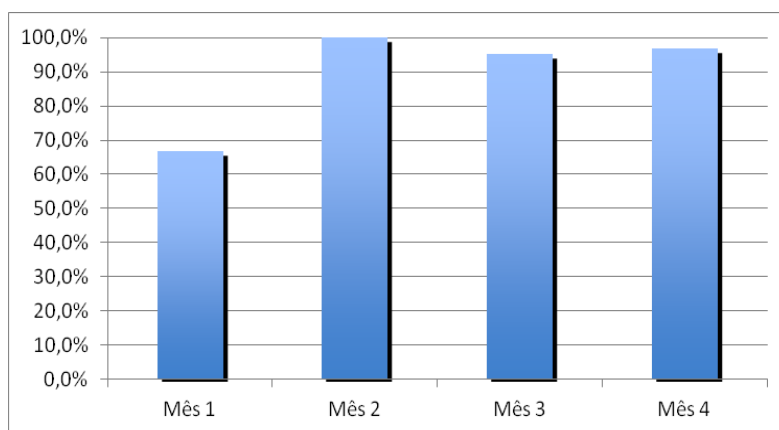


Figura 12: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame CP e foi feita busca. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 3.4** - Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela UBS

**Indicador 3.4.** Proporção de mulheres que não retornaram a UBS para resultado de mamografia e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Primeiro mês de quatro mulheres com mamografia alterada que não retornaram na UBS não foi realizada a busca ativa. Não percebemos a importância desta busca ativa, seja pela inexperiência ou desatenção. No segundo mês foi realizada a busca ativa de 22 (100%) mulheres com mamografia alterada. No terceiro mês foi realizada a busca ativa para 36 (90%), no quarto mês foi realizada a busca ativa 49 (92,5%) mulheres com mamografia alterada.

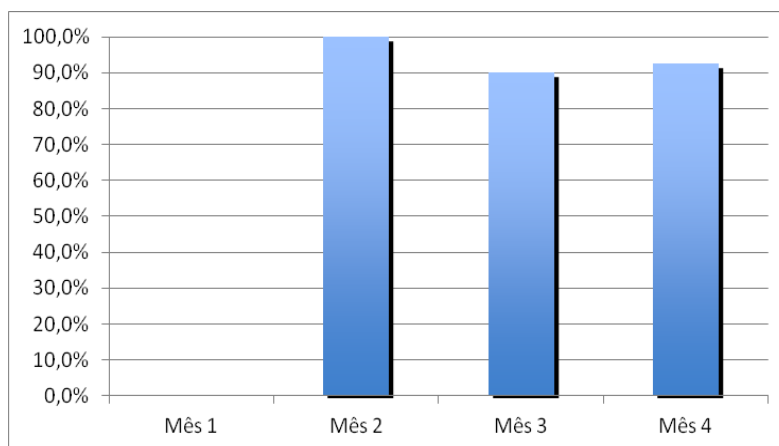


Figura 13: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa. Macapá/AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

#### **Objetivo 4** - Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1** - Manter registro da coleta de exame CP de colo uterino em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da UBS.

**Indicador 4.1.** Proporção de mulheres com registro adequado do exame CP de colo do útero.

Neste indicador avaliando o registro das mulheres residentes no território que frequentam o programa na UBS, temos no primeiro mês um total de 73 mulheres atendidas para 34 (46,6%) com registro adequado de CP de colo do útero, no segundo mês de 201 mulheres temos 100 (49,8%) com registro adequado, no terceiro mês de 386 mulheres existem 148 (38,3%) de mulheres com registro adequado, finalizamos no quarto mês da intervenção com 540 mulheres cadastradas tendo 290 (53,7%) registros adequados.

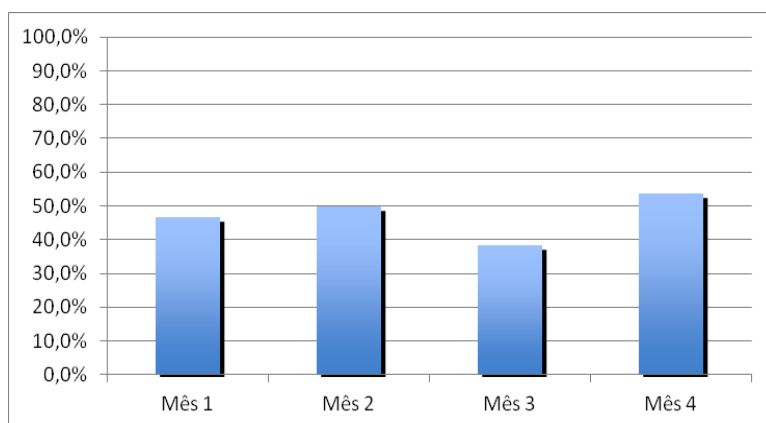


Figura 14: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 4.2** - Manter registro de exame mamas e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da UBS.

**Indicador 4.2.** Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia.

No primeiro mês o número total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes no território que frequentam o programa na UBS foi de 24, destas temos oito (33,3%) apresentavam registros adequados, no segundo mês foi 42 captadas destas 22 (52,4%) apresentavam registros adequados, no terceiro mês de 73 mulheres, 47 (64,4%) apresentavam registros adequados, no quarto mês das 130 mulheres há 102 (78,5%) registros adequados do exame de mamas e mamografia.

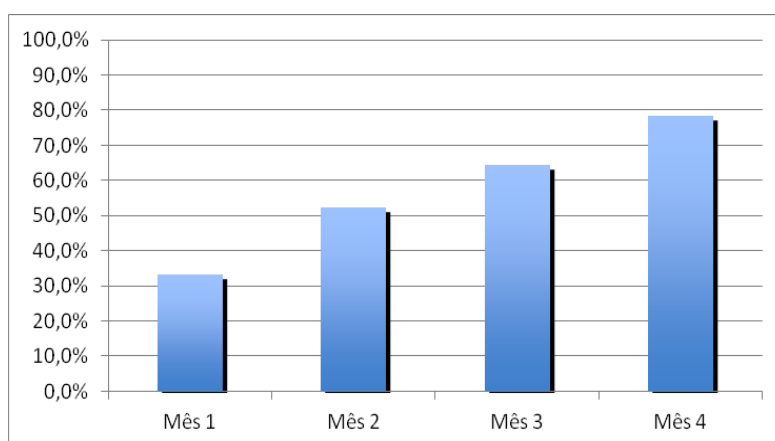


Figura 14: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia

Fonte: Planilha de coleta de dados. Macapá /AP 2015

**Objetivo 5** - Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

**Meta 5.1** - Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero) em 100% das mulheres nas faixas etário-alvo.

No primeiro e segundo meses da intervenção que frequentam o programa na UBS foram avaliadas 73 (100%) e 201 (100%) mulheres respectivamente entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero. No terceiro mês de 386 mulheres foram 372 (96,4%) mulheres avaliadas, no quarto mês de 540 mulheres foram avaliadas 487 (90,2%) mulheres com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Neste indicador devo sinalizar que a pesquisa de sinais de alerta para o câncer do colo do útero teve esse comportamento pelas capacitações feitas na UBS aonde os profissionais faz uma labor preventiva para detectar sinais de alerta para o câncer do colo do útero as mulheres na faixa de risco .

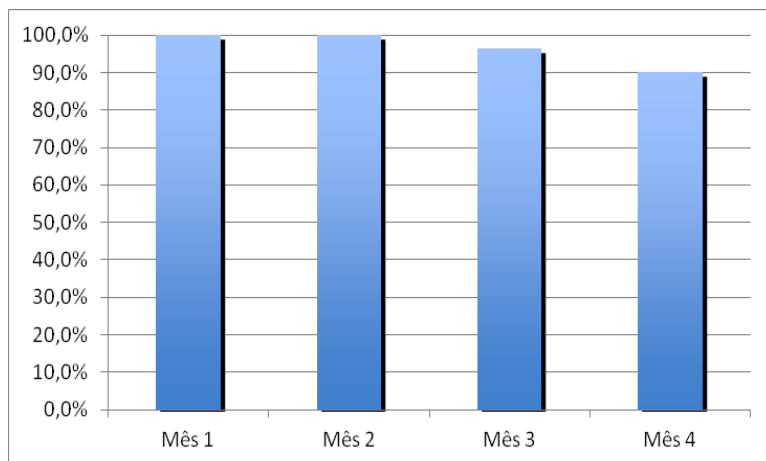


Figura 15: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 5.2** - Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de mama) em 100% das mulheres nas faixas etário-alvo.

**Indicador 5.2.** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Nos quatros meses da intervenção, as mulheres entre 50-69 anos residentes no território que frequentam o programa na UBS, todas tiveram avaliação de risco para câncer de mama, 24 (100%), 42 (100%), 73 (100%) e 130 (100%) mulheres respectivamente.

Neste indicador mostra que as mulheres na faixa etária de risco para o câncer de mama tiveram avaliçãõ dos riscos e receberam orientações para uma estratificação do risco e um melhor acompanhamento nesse sentido.

**Objetivo 6** - Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de colo de útero e de mama na UBS

**Meta 6.1** - Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

No primeiro ao terceiro mês orientamos sobre as DST e fatores de risco para câncer de colo de útero para 73 (100%), 201 (100%) e 386 (100%) das mulheres residentes no território que frequentam o programa. No quarto mês foram orientadas 539 (99,8%) mulheres sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Neste parâmetro o 100% das mulheres cadastradas pelas nossas equipes receberam orientações sobre DST e fatores de risco para o câncer do colo do útero.

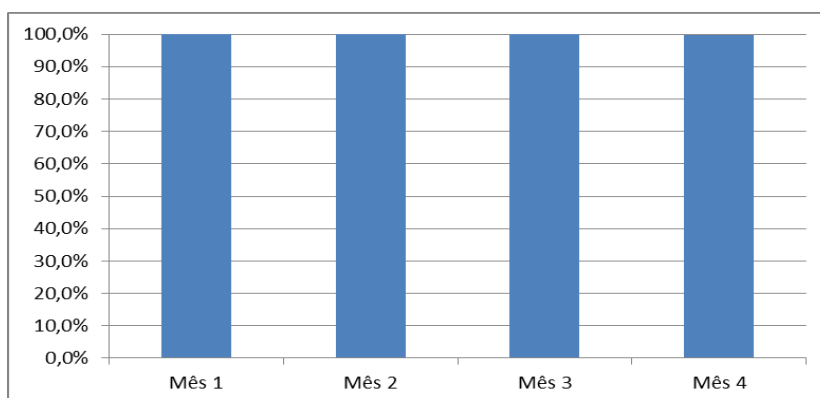


Figura 16: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero. Macapá /AP

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Metas 6.2.** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

**Indicador 6.2:** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

No primeiro mês orientamos 18 (75%) mulheres com 50 a 69 anos sobre DST e fatores de risco para câncer de mama residentes na área e acompanhados na UBS, no segundo mês 41 (97,6%) mulheres, no terceiro mês 50 (68,5%) mulheres, no quarto mês finalizamos a intervenção com 107 (82,3%) mulheres.

Neste indicador não conseguimos orientar o 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para o câncer de mama, lembrar que nossa UBS não realiza mamografia e nos continuamos incorporando os resultados de nosso projeto

á rotina da UBS coisa que não é conseguido em 100% dos casos, temos ainda muito por atingir em nosso serviço.

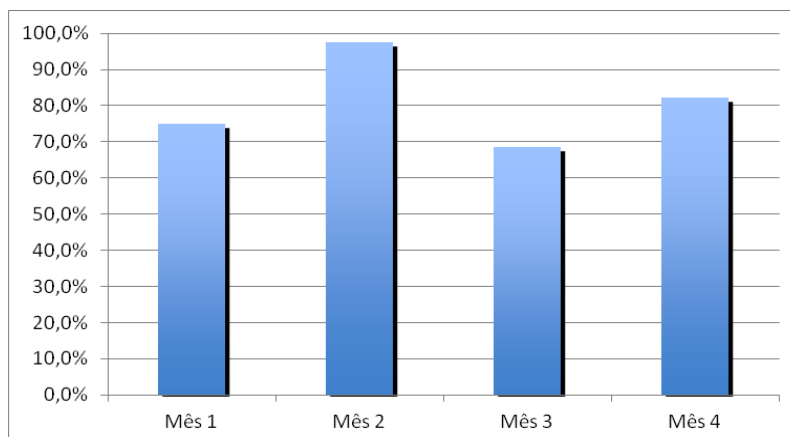


Figura 17 Proporção de Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DST e fatores de risco para câncer de mama. Macapá /AP 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

## 4.2 Discussão

Posteriormente ao tempo da intervenção que se iniciou no período de agosto a dezembro 2014 que corresponde a 16 dezesseis semanas, conseguiu-se na UBS Lélío Silva que fica, município Macapá/AP, um aumento no número de cadastramentos das mulheres na faixa etária de 24 a 64 anos, que compõem a faixa de risco para o câncer do colo do útero e nas mulheres entre 50 a 69 anos de idade que é o período de maior risco para o câncer de mama..

Tivemos progresso na realização dos registros e na qualidade da atenção, com uma melhor visão e avaliação do atendimento. Realizamos a classificação de risco para obter uma organização, promoção e prevenção da saúde no grupo da população alvo.

Nosso trabalho foi em busca da união das duas ESF da UBS, dos profissionais da UBS para desempenhar um conjunto de ações que permitiram modificar modos e estilos de vida planejados no projeto de intervenção e no cronograma. Sempre atuando de acordo com os protocolos de atendimento do MS, referente ao rastreamento, aspectos do diagnóstico, tratamento e controle dos cânceres do colo do útero e mama. Para conseguir as metas propostas foi



necessário realizar capacitação dos profissionais, obtendo um trabalho em conjunto com os profissionais da UBS com o consenso para incorporar as práticas positivas à rotina de atuação da UBS.

Em geral nossa intervenção funcionou com união de praticamente todos os profissionais, infelizmente não houve o comprometimento de alguns profissionais, não compareceram a todas as capacitações, não preenchendo adequadamente os instrumentos, não ofereceram uma atenção integral, não pesquisaram as faixas de risco. Muitos não entendiam o objetivo do trabalho da melhoria da assistência através da intervenção, mas pela constância nas orientações cotidianas a maioria conseguiu incorporar e contribuir. Permitiu-nos obter frutos na participação semanal, mensalmente e durante os quatro meses da intervenção, no trabalho da coleta de dados, do cadastramento da população em estudo, assim como outras atividades. Exemplo: as reuniões, as palestras, as ações de saúde; tanto da UBS, como de nossa secretaria. O trabalho conseguido pela liderança comunitária merece reconhecimento, foi importante e ainda deve ser planejado para as ações em nossa população. A participação de pessoas diagnosticadas, oferecemos palestras intencionalmente programadas, o trabalho com os grupos de riscos. Aproveitamos todos os cenários e coberturas, todas essas ações e manobras às vezes improvisadas permitiram um choque positivo em nossa população em estudo, em nossa comunidade e UBS e porque não falar em nossos corações.

Um momento importante no trabalho foi o relacionado com o cadastramento das mulheres em faixas etárias de 24-64 anos de idade e entre 50-69 anos para os cânceres de útero e mama respectivamente. Posso relatar que em várias oportunidades, após receber atenção médica por outros agravos às mesmas não eram cadastradas, não era registrado no prontuário os dados clínicos, não se lhe falava dos riscos, da periodicidade dos exames, não tinham um bom acolhimento. Facilitamos, na sala de triagem, o acolhimento, capacitamos o pessoal e deixamos vagas para esse tipo de atendimento. Aproveitamos as situações de visita a UBS das mulheres para incidir nelas, demos grande importância ao exame físico e ao autoexame de mama. Conseguimos um aumento considerável na captação destas mulheres na consulta e no preenchimento dos instrumentos, atualizando os

prontuários, os acompanhamentos, os encaminhamentos para outras especialidades, se necessário.

Aos pouco começamos a introduzir o cadastramento na rotina cotidiana da UBS, continuamos com as orientações para obter mudanças na interpretação dos fatores de risco, as modificações no esquema da alimentação, na prática de atividade física, na realização dos exames de rotina, na busca dos resultados do PCCU e mamografia. Na adesão aos tratamentos para alterações benignas ou simples infecções; além disso, sempre vinculamos os casos com nosso serviço da farmácia para garantir que seja cumprido o tratamento e que exista acessibilidade aos tratamentos, sem custos para as mesmas.

As reuniões das ESF na UBS foram incorporadas na rotina desde o início, agora, além disso, realizamos reuniões aonde participaram outros profissionais da saúde: o pessoal da farmácia, do laboratório, do departamento do PCCU, pessoal da área administrativa. Como elemento importante gradativamente incorporamos à liderança comunitária, sendo o eixo do engajamento público, muito importante para cumprir as estratégias das ações programadas, sempre em relação ao cronograma. As inovações foram relevantes, é muito valioso, que usuárias da mesma área, após prévia capacitação seja o ACS para dar uma palestra, orientar a importância dos exames, cuidar da saúde de sua comunidade.

Durante nossa intervenção foi possível avaliar 539 mulheres na faixa etária de 24-64 anos para a detecção precoce do câncer do colo do útero, para uma percentagem de 42,4% da estimativa de 1.270 mulheres. Na faixa etária de 50 -69 anos para a detecção de câncer de mama avaliamos um total de 117 (31,3 %) mulheres para a estimativa de 406 mulheres. Nossa visão é que poderemos melhorar estes indicadores com o comprometimento dos profissionais, continuar com nossa estabilidade no trabalho, o cumprimento das ações pelos profissionais da outra ESF e definitivamente conseguir a incorporação à rotina de trabalho na UBS. Devemos aumentar as capacitações e sua qualidade, prosseguir com as estratégias de trabalho, programar novas e ter maiores desafios e metas. Todo manejo em conjunto e harmonia com a UBS, insistir na importância e qualidade das VD, realizadas por todos os profissionais. Temos um cadastramento real da população adstrita e alvo, atualizando os dados e as fontes de recopilação dos mesmos,

trabalhando com índices, indicadores e porcentagem reais. Enfocar os riscos como os elementos mais importantes e priorizar as usuárias com riscos associados.

Transcorridas 16 semanas da intervenção, avaliamos que o objetivo geral de: melhorar a atenção à saúde da mulher para detecção do câncer do colo do útero e câncer de mama na UBS Dr. Lélío Silva no Macapá/PA, foi comprimido parcialmente. Já que não foi possível o cadastramento dos 100% das mulheres, não foram avaliadas 50% da população estimativa, entretanto a qualidade das consultas e VD melhoraram, o número de cadastros, a classificação de risco, as orientações, a aproximação aos protocolos de atuação, o maior conhecimento de nossa área, o contato com a liderança comunitária foram resultados de nossa intervenção.

Aguardamos outras intervenções para melhorar a qualidade do atendimento em todas as áreas programáticas, estamos melhorando juntos com os demais profissionais, aperfeiçoando o trabalho realizado. Tentamos envolver os gestores municipais e esperamos maior apoio. De certa maneira, creio, faltou o apoio de muitos profissionais na realização das ações programadas, o que poderia ter promovido a prática das estratégias.

Defendo a ideia que atualmente a equipe está unificada, obtivemos bons resultados e espero continuar incorporando a Intervenção à rotina do serviço, só que para isso precisamos superar incalculáveis impedimentos e muitíssimos problemas. Acreditamos em nossa equipe, na nossa UBS que podemos cumprir qualquer tarefa. Trabalhamos no Brasil e seria legal continuar trabalhando outras ações em programas prioritários, se fosse para eu escolher um novo foco de atendimento de intervenção, poderia ser relacionado com enfermidades crônicas não transmissíveis, como enfermidade cérebro vasculares, HAS, DM, DPOC.

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Sr. Gestores,

Neste relatório irei relatar a vocês a intervenção realizada na UBS Dr. Lélío Silva no estado Amapá/AP com o tema: Melhoria da atenção à saúde da mulher para detecção do câncer do colo do útero e câncer de mama. A mesma foi

estruturada e executada durante o período de setembro a dezembro do ano 2014, sendo orientado pela Universidade Federal de Pelotas e do Departamento de Medicina Social, na modalidade de ensino a distancia. Capacitamos os profissionais da UBS na atenção das mulheres em faixa etárias de risco para os cânceres, melhoramos e aperfeiçoamos a gestão e a organização dos serviços da atenção primaria , qualificamos a pratica clinica, o engajamento público na comunidade, facilitando a realização da ação programática.

Após realizar um diagnóstico situacional, conclui junto com as equipes da UBS, que a detecção precoce dos cânceres era uma dificuldade importante na área. Após esta constatação, determinamos efetivar uma Intervenção com o objetivo principal de Melhoria da atenção á detecção do câncer do colo do útero e câncer de mama na UBS. Realizamos o projeto de intervenção através de ações que foram realizadas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização. A intervenção foi realizada durante as dezessete semanas da intervenção, durante os meses de outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Sou médico cubano do PMMB.

Foram realizadas muitas ações, somadas segundo os eixos que integraram o Projeto Pedagógico do Curso, o cadastramento das mulheres em faixa etárias de risco para os cânceres de mama e colo de útero. Pelo correto preenchimento dos instrumentos como a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL.

Durante a intervenção vivemos varias situações desfavoráveis de toda natureza, mas isso não impossibilitou que obtivemos êxitos e conseguimos cadastrar 539 (42,4%) mulheres em faixa etárias de 24 a 64 anos e 127 (31,3%) mulheres em a faixa etária de 50 a 69 anos, segundo as estimativas nacionais. Melhoramos a cobertura do Programa e incorporamos nossa ação na rotina do serviço.

O atendimento clínico das usuárias sempre foi prioridade, orientamos o pessoal de triagem para um bom acolhimento, enfatizamos a importância de correta orientação, sendo o primeiro contato com o SUS e é de vital importância para captar e fazer acompanhamento futuro. Reservamos agendamento para as mulheres de

risco considerável para avaliação médica ou de enfermagem. Foi garantida a privacidade, a ética médica na entrega dos resultados para seguimento. Também orientávamos sobre os sinais, sintomas, divulgação da prevenção e promoção de saúde, da importância do autoexame e o diagnóstico precoce destes agravos. Orientamos, tratamos, encaminhamos resultados benignos e tiramos dúvidas em cada atendimento realizado

A área de triagem é um entrave importante na UBS, para realizar o atendimento e a qualidade necessária, questionamos a comunidade sobre o seu grau de satisfação com nosso atendimento. Organizamos o atendimento clínico para a melhoria da qualidade. Reproduzimos os protocolos atuais do MS para obter uma maior disponibilidade na UBS, facilitando o estudo e a assistência, para tal objetivo precisamos do apoio dos enfermeiros, direção do centro e de pessoas prestativas, só que não foi realizada a impressão no início da intervenção, foi algo paulatino. Foi importante examinar documentos da UBS, aonde os registros eram pobres, consultamos os prontuários, documentos no departamento de PCCU e concluímos que existe um sub-registro dos dados, nos trabalhamos com estimativa e hoje temos dados e indicadores de atendimento.

Precisamos avaliar a participação de nossos profissionais, só que foi impossível adesão de 100% dos mesmos. Muitos deixaram de participar das capacitações, de orientar na prevenção e promoção, de preencher corretamente as fichas espelho e a planilha, de conquistar as mulheres faltosas, de captar as de alto risco. Mais outros compreenderam o nosso objetivo, de sua importância e da incidência nos indicadores. Com a participação destes tivemos forças para continuar a intervenção. No transcurso da intervenção captamos pessoas e profissionais que colaboraram e que ajudaram para os resultados obtidos.

Iniciamos nossa intervenção com as VD e o trabalho na comunidade era a maneira mais importante envolver a população de faixas etárias de risco, que ainda não tinha consciência do risco que enfrentava e não procurando a assistência da UBS, iniciando o primeiro contato com o SUS.

Nossa prioridade foi o cadastramento da população alvo, do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, da confecção semanal dos diários, vinculados ao cronograma de trabalho.

Os instrumentos utilizados para o preenchimento inicialmente foram complexos, existiram erros da interpretação pela nossa parte, mas os contatos com os profissionais, com nossa orientadora semanalmente, quase diariamente levaram a um entendimento e a um correto preenchido da planilha da coleta de dados. Recebemos fichas espelho com erros, incompletas, atrasadas. Discutimos temas e chegamos a consensos.

Trabalhamos com as mulheres alvos e diagnosticadas, capacitamos- as realizando palestras sobre questões pontuais, da importância da prevenção das doenças, do acesso ao SUS, do acolhimento e da importância do autoexame de mama. Sobre a proteção durante as relações sexuais, prevenindo as DST, promovemos a participação em muitas ações de saúde, envolvendo outros profissionais, população de outras áreas e o contato com a liderança informal, tão importante neste caso. Propiciamos encontros com mulheres já diagnosticadas e outras de alto risco.

Explicamos sobre a importância da medicina preventiva, convivendo com os agravos, minimizando o dano psicológico. Tivemos usuárias que deixaram de receber os resultados, não foram às consultas agendadas, enfrentamos as dificuldades sempre com seriedade e responsabilidade. Envolvemos a comunidade em função de nossas metas, propósitos e desafios.

A parceria com a comunidade resultou num papel regulador e orientador da mesma, a população programou as ações de saúde, conseguiram os locais e as condições mínimas para fazer as atividades médicas. Foi interessante ver que muitas pessoas desconhecem seus direitos, não sabem como proceder nestas situações, que são protegidos pela constituição do Brasil.

Iniciamos as capacitações com aos protocolos de atuação dos cânceres do colo do útero e mama do MS, 2013. Os encontros com os profissionais de nossa UBS foram por meio das reuniões com as equipes, que foram definidas para um

dia fixo da semana, de acordo com o cronograma de trabalho, sendo concretizadas desde o início da intervenção.

Conseguimos trocar, compartilhar, estudar, esclarecer dúvidas, problemas de interpretação e aceitamos sugestões, com o objetivo de melhorar a assistência na ação programática de saúde da mulher. Estabelecemos consenso sobre a agenda de trabalho, do seu cumprimento. Conseguimos realizar a capacitação dos profissionais da equipe e a capacitação das pessoas que cooperaram ativamente ou passivamente com a Intervenção, abordamos de formas diferentes de linguagem e de profundidade os temas relacionados com o protocolo.

Durante nossa intervenção foi possível avaliar 539 mulheres na faixa etária de 24-64 anos para a detecção precoce do câncer do colo do útero, para uma percentagem de 42,4% da estimativa de 1270 mulheres. Na faixa etária de 50 -69 anos para a detecção de câncer de mama avaliamos um total de 117 (31,3 %) mulheres para a estimativa de 406 mulheres. Nossa visão é que poderemos melhorar estes indicadores com o comprometimento dos profissionais, continuar com nossa estabilidade no trabalho, o cumprimento das ações pelos profissionais da outra ESF e definitivamente conseguir a incorporação à rotina de trabalho na UBS. Devemos aumentar as capacitações e sua qualidade, prosseguir com as estratégias de trabalho, programar novas e ter maiores desafios e metas. Todo manejo em conjunto e harmonia com a UBS, insistir na importância e qualidade das VD, realizadas por todos os profissionais. Termos um cadastramento real da população adstrita e alvo, atualizando os dados e as fontes de recopilação dos mesmos, trabalhando com índices, indicadores e porcentagem reais. Enfocar os riscos como os elementos mais importantes e priorizar as usuárias com riscos associados.

Nosso maior objetivo é a realização da busca ativa dos casos com resultados positivos e que não procuram seus resultados na UBS, que não tem uma avaliação real do risco que justamente é à base da prevenção.

É necessário que os gestores Municipais, Secretarias de Saúde e a Prefeitura, tenham estreito vínculo com as UBS, esta ação tem muito valor para melhorar a qualidade de nosso serviço. Ajudaria na ampliação da intervenção do programa de detecção dos cânceres, proporcionaria na intervenção de outras ações

programáticas encaminhadas a melhoria do atendimento como um todo para os usuários do SUS.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Na hora em que realizamos esse relatório, temos como objetivo principal manifestar, mostrar para a comunidade como foi realizada, manejada a intervenção realizada na área adstrita: Melhoria da atenção à detecção do câncer do colo do útero e câncer de mama na UBS Dr. Lélvio Silva, município Macapá/AP. Planejamos e realizamos a intervenção durante 16 semanas, iniciamos em outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Sou médico cubano do Programa mais médico para o Brasil.

Temos a população adstrita de 4.887 habitantes; com uma população alvo estimada de 1.270 mulheres nas faixas etárias de 25-64 anos residentes no território, foram atendidas 539 (42,3%) mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de 406 mulheres entre 50-69 anos, atendidas 127 (31,3) mulheres para câncer de mama.

Durante nossa intervenção que faz parte de nossa especialização, obtivemos resultados positivos, sendo identificados problemas relacionados com o enfoque e trabalho nas mulheres nas faixas de risco, a periodicidade com que eram feitos os exames, a demora dos resultados, retardando a avaliação e uma atuação médica baseada no protocolo do MS. Não era realizada uma busca ativa as mulheres que não retornavam para retirar seus exames, geralmente não era registrados os atendimentos como o exame e seus resultados, as orientações. Estas dificuldades relatadas anteriormente foi o determinante para a nossa escolha do foco de atuação, planejamos uma ação programática para melhorar a detecção precoce dos cânceres, levando ao desenvolvimento de uma serie de ações que foram programadas, planejadas e executadas.

Começamos realizando reuniões com as equipes da unidade, capacitamos os profissionais para apreender o manejo dos instrumentos como as fichas espelho, a planilha de coleta de dados disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas, o cuidado de acordo com o cronograma, em fim apresentar o projeto como um todo.



Planejou-se o sistema da capacitação dos profissionais da UBS sobre temas escolhidos como periodicidade e interpretação dos exames, sinais e sintomas de identificação dos agravos, entre outros, todos em concordância com os protocolos de atuação do MS para os cânceres de colo de útero e de mama.

Sempre foi prioridade para nós a capacitação dos ACS, para um bom cadastramento, para a realização da busca ativa a mulher com exames alterados e que não retornaram para serem avaliadas e encaminhadas para tratamento.

Nossa intervenção permitiu o contato com as lideranças da população que constitui um pilar fundamental em nosso trabalho. Permitiu também o cadastramento e monitoramento das mulheres em faixa etárias de risco e melhorias nos atendimentos clínicos e visitas domiciliares.

Na etapa inicial foi um grande passo a cópia dos protocolos para facilitar o acesso à informação. Realizou-se uma reordenação das agendas dos profissionais, reservando vagas para priorizar as consultas nas faixas de risco para os cânceres.

Realizamos palestras para mulheres diagnosticadas e em seguimento, roda de conversas, atividades educativas.

Como consequência da Intervenção evidenciou-se que um número grande das mulheres nas faixas etárias de risco não eram cadastradas, não formavam parte do programa. No ensaio de melhorar essa inclusão foram desempenhadas ações durante a intervenção. Programamos e desenvolvemos muitas atividades aonde participaram vários profissionais, como enfermeiras, departamento do PCCU, ACS, médicos, técnicos em enfermagem, membros da liderança comunitária, mulheres diagnosticadas e tratadas pelas doenças. Durante essas atividades debateram-se as questões relacionadas com os riscos para os cânceres, a periodicidade dos exames, os tratamentos para as lesões benignas, as infecções, os encaminhamentos para outras especialidades, mulheres com resultados positivo ofereceram testemunho.

Após 16 semanas de intervenção, verificou-se que o objetivo planejado inicialmente, da melhoria da atenção à detecção do câncer do colo do útero e câncer de mama na UBS Dr. Lélío Silva foi cumprido, de maneira parcial, pois não foi atingida a população em 100 %, mas houve melhoria a qualificação da atenção.

Avaliamos que obtivemos ganhos na organização, na interpretação, no conhecimento, qualificação da atenção prestada pelos profissionais da saúde na UBS às mulheres. Creio que a comunidade ganhou com a intervenção e conseguimos que exista uma maior percepção do risco das mulheres, que exista uma visão preventiva do problema e melhore a assistência das mulheres nas consultas.

Incorporamos a Intervenção à rotina do serviço.

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Após a nossa chegada ao Brasil e o começo de minha atuação na UBS, o recebimento pelo e-mail de que iria ter que matricular-me no curso de especialização em saúde da família, imaginei ser uma grande idéia e que iria proporcionar muitos conhecimentos que facilitariam minha atuação médica. Nasceu em mim a expectativa de que teríamos um vínculo direto com profissionais de outros países, professores brasileiros que como anfitriões incomparáveis orientariam os temas, as unidades. Existiu a certeza de que, com os pensamentos, com as experiências de outros profissionais, estudaria e compreenderia detalhes significativos que se converteriam em conhecimentos com aspetos importantes sobre Saúde da Família. Mais adiante, compreendi que íamos conhecer profundamente o Sistema de Saúde, suas complexidades, conquistas, dificuldades e marasmos. Tive certeza absoluta que enfrentaríamos um fluxograma que compõe um programa complexo, bem estruturado, previamente concebido, com objetivos bem definidos para obter conhecimentos pessoais, para melhorar a atenção básica e a ESF. Deixando a todos nos profissionais optar por objetivos definidos para repercussão social, cultural, educando a população e ampliando a cobertura dos atendimentos na UBS. Além disso, ensinando a coordenar e liderar os profissionais da UBS e conquistando assim, uma maior adesão ao protagonismo de mudanças nas UBS. Realizamos uma atenção adequada no atendimento clínico, de laboratório, epidemiológicos para o diagnóstico.

Inicialmente a adaptação virtual, de contato, de aprendizagem, não era a melhor, até ter, compreender a dinâmica do curso. Comecei aos poucos o entendimento dos detalhes, percebi a ajuda de nossa orientadora, quem sempre guiou nossas intervenções no fórum de clínica, no fórum da saúde coletiva, no diálogo nosso (orientador/orientando). Interagi com outros orientadores/professores,

outros médicos, fiz amizades com outras UBS. Trouxe muitas dúvidas e muitos conhecimentos através de outras histórias, outros testemunhos, outras experiências.

Nosso curso permitiu levar para os fóruns as considerações e dúvidas, casos clínicos das minhas consultas, dúvidas da minha equipe, dividi experiências, expus ações e dúvidas próprias do nosso serviço, dos colegas da UBS e questões referentes a outras UBS e outros profissionais.

Durante todo o curso encarei muitas dificuldades, tive problemas pessoal ou profissional, em outras com pessoal administrativo, mas sempre respeite as regras e nunca existiu incompatibilidade em sentido geral porque quando explicávamos nossas ideias e o projeto sempre fui compreendido. Em varias oportunidades tratei sobre as condições do local para realizar as coletas CP, dos problemas estruturais existentes, das deficiências medicamentosas. Devo assinalar que as dificuldades nunca foram um entrave para nossa intervenção, ficamos limitados para fazer mais e melhor, mas nossa vontade de cumprir nossos objetivos foi superior. Sempre os conselhos da nossa orientadora foram um raio de luz para continuar motivado e semana a semana cumprir e melhorar os indicadores.

Era claro que concretizar a Intervenção não significaria trabalho simples, resolvemos múltiplos problemas durante a intervenção, foi difícil atuar fielmente ao cronograma, mas as inovações foram boas. Não foram poucas as limitações, mas colhemos muitos frutos e hoje estamos conseguindo incorporar a melhoria da assistência na rotina da UBS. O curso, tenho certeza favoreceu nosso crescimento profissionalmente, a melhoria do funcionamento da UBS, do SUS, das regras e princípios, uma maior e melhor compreensão da importância da medicina preventiva e do nosso tema, prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama, tivemos que aplicar o método clinico para convencer muitas mulheres da população alvo.

Reafirmei durante todo esse tempo que a atenção primaria de saúde é um pedestal importante na saúde de uma nação, sendo a porta de entrada, o primeiro contato com os usuários. Em muitas oportunidades depende da relação usuário e ESF/UBS, do vínculo, da credibilidade. Repercutindo no atendimento a resolatividade e a cumulação dos usuários existente na atenção secundaria. É saber ouvir, avaliar, orientar, é aonde acolhemos a pessoa para ajuda- La.

Também este curso facilitou compreender que nossas ações de saúde devem ser planejadas, relacionadas com as principais necessidades da população, com os principais problemas de saúde. Com o objetivo de definir um foco de atuação e organiza-lo, delinear a logística para solucionar a situação enfrentada, obtendo indicadores favoráveis. Além disso, hoje temos clareza que os profissionais da saúde têm que serem qualificados para cobrir uma grande área e melhorar a cobertura dos atendimentos.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e Condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Inca, 2006

CANCER RESEARCH UK. **Breast cancer**: UK incidence statistics . Disponível em: <<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/breast/incidence/>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

CHAGAS C. R. et al. **Tratado de mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter , 2011.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. **BI-RADS**: sistema de laudos e registro de dados de imagem da mama. São Paulo: Colégio Brasileiro de Radiologia, 2010.

COLLINS ENGLISH DICTIONARY. **English definition – Core**. Disponível em: <<http://dictionary.reverso.net/english-definition/CORE>>. Acesso em: 17 out.

2012. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da mortalidade**. Brasília, 2012.

**Colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011a. Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de

Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011<sup>a</sup>. Seção 1. p. 119-120.

**Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

**Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2011c.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Cuidados paliativos**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteúdo\\_view.asp?id=474](http://www1.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=474)>. Acesso em: 17 out. 2012.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 2011b.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para a construção de Polos da Academia da Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011c. Seção 1. p. 107-108.

Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010a Seção 1. p. 89.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: o Humaniza SUS na atenção básica. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 23 set. 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010b. IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>>. Acesso em: 6 jun. 2012. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil).

Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer** nutrição e atividade física. Rio de Janeiro, 2011b.

**Para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**: 2011-2022. Brasília, 2011d.

**Rede nacional de câncer familiar**: manual operacional. Rio de Janeiro: Inca, 2009.

Seção 1. p. 48-55.

**Situação do câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso Em 3 set. 2012.

**Sumário Executivo**: políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentos.



## **Apêndices**

**Apêndice A - Ficha Espelho complementar**

DATA	PROFISSIONAL QUE ATENDEU	MULHERES NA FAIXA DE RISCOS/FALTOSAS	FOI REALIZADA A BUSCA ATIVA	DATA EM QUE FOI REALIZADA A BUSCA ATIVA A FALTOSA

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	



[illegible]

